河北省医疗保障局办公室文件

冀医保办〔2023〕43号

河北省医疗保障局办公室
关于印发河北省医疗保障经办政务服务事项清单及办事指南(2023年版)的通知

各市(含定州、辛集市)医疗保障局,雄安新区管委会公共服务局,省直三行业医疗保障管理部门:

为适应医疗保障经办工作的新要求,依据《全国医疗保障经办政务服务事项清单(2023年版)》,省医疗保障局研究制定了《河北省医疗保障经办政务服务事项清单及办事指南(2023年版)》(以下简称《全省清单(2023年版)》),现印发你们,请认真贯彻执行。

一、严格执行清单制度。《全省清单(2023年版)》对政务服务事项的办理材料、办理时限等方面的进一步精简优化,是推进医保经办服务运行标准化、服务供给规范化、群众办事便利化的重要

举措，也是适应医保信息化建设和优化经办服务流程的具体体现。各级医疗保障部门要高度重视，严格按照《全省清单（2023年版）》最新要求，为群众提供规范、统一、优质、高效、便捷、安全的医保经办服务。

二、推动清单事项下沉。要将参保登记、异地就医备案等事项，下沉至乡镇（街道）、村（社区），以及定点医药机构等有能力承接的基层医保服务网点办理；鼓励基层医保服务网点通过收件初审等方式提供帮办代办服务，实现更多医保业务就近办、身边办。

三、做好信息化支撑。要推动实现更多事项在线上办理和办理进度自助查询；要全力推动办理业务所需证照材料部门间的数据共享和在线核验。要实现事项办理全流程监管，建立清单执行情况监测机制，运用信息化手段重点监测是否有要求超清单规定提供办理材料、超规定时限办结业务等情形。

附件：1. 河北省医疗保障经办政务服务事项清单及办事指南（2023年版）

2. 河北省医疗保障经办政务服务事项清单样表

河北省医疗保障局办公室

2023年12月1日

（主动公开）

附件1

河北省医疗保障经办政务服务事项清单及办事指南（2023年版）

主项	主项编码	子项序号	子项	子项编码	办理材料	办理时限	办理渠道	办理环节	查询方式	备注	设定依据
一、基本医疗保险参保和变更登记	13203600100Y	1	单位参保登记	132036001001	1.统一社会信用代码证书或单位批准成立（注销）的文件 2.《基本医疗保险单位参保信息登记表》（加盖单位公章）	不超过5个工作日	经办窗口或网上办理	申请—受理—审核—办结	经办窗口或网上查询	1.各地可通过查询市场监管部门“五证合一”数据获取信息并即时办结； 2.参保登记含新参保、暂停参保、注销登记等相关内容。	1.《中华人民共和国社会保险法》第五十七条； 2.《社会保险费征缴暂行条例》（国务院令第259号）第八条； 3.《社会保险经办条例》（国务院令第765号）第六条、第十条。
		2	职工参保登记	132036001002	1.在职职工：《职工基本医疗保险参保登记表》（含新增、暂停、终止、恢复、在职转退休）（加盖单位公章） 2.灵活就业人员：①有效身份证件；②《职工基本医疗保险参保登记表》	在职职工不超过5个工作日；灵活就业人员即时办结	经办窗口或网上办理	申请—受理—审核—办结	经办窗口或网上查询	1.特殊人群还需提供： ①港澳台人员参加在职职工医保的,需提供港澳居民来往内地通行证或港澳台居民居住证,以及建立劳动关系的证明； ②外国人参加在职职工医保的,需提供外国人就业证件及居留证件，或外国人永久居留证； ③出国定居的，需提供护照或永久居留证； ④在职转退休的，需提供退休审批材料。 2.个人出现国家规定的停止享受医保待遇的情形后，用人单位、待遇享受人员或者其亲属应当自相关情形发生之日起20个工作日内告知医保经办机构。	1.《中华人民共和国社会保险法》第二十三条、第二十四条、第二十五条、第五十八条； 2.《社会保险经办条例》（国务院令第765号）第六条； 3.《香港澳门台湾居民在内地（大陆）参加社会保险暂行办法》（中华人民共和国人力资源和社会保障部、国家医疗保障局令第41号）第二条、第三条、第四条、第十四条； 4.《在中国境内就业的外国人参加社会保险暂行办法》（中华人民共和国人力资源和社会保障部令第16号）第三条、第四条； 5.中共中央组织部 人力资源社会保障部 公安部等25部门关于印发《外国人在中国永久居留享有相关待遇的办法》的通知（人社部发〔2012〕53号）； 6.《国务院关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》（国发〔2016〕3号）。
		3	城乡居民参保登记	132036001003	1.有效身份证件 2.《城乡居民基本医疗保险参保登记表》（含新增、暂停、终止、恢复）	即时办结	经办窗口或网上办理	申请—受理—审核—办结	经办窗口或网上查询	1.各地应积极协同推进“新生儿出生一件事”联办，方便新生儿办理城乡居民参保登记。 2.个人出现国家规定的停止享受医保待遇的情形后，待遇享受人员或者其亲属应当自相关情形发生之日起20个工作日内告知医保经办机构。	
		4	单位参保信息变更登记	132036001004	《基本医疗保险参保单位信息变更登记表》（加盖单位公章）	即时办结	经办窗口或网上办理	申请—受理—审核—办结	经办窗口或网上查询	变更单位性质、法定代表人、银行账户等关键信息的，应提供必要的佐证资料。	1.《中华人民共和国社会保险法》第五十七条； 2.《社会保险费征缴暂行条例》（国务院令第259号）第九条； 3.《社会保险经办条例》（国务院令第765号）第八条、第九条、第十条。
		5	职工参保信息变更登记	132036001005	1.有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡 2.《基本医疗保险职工参保信息变更登记表》（关键信息变更加盖单位公章）	即时办结	经办窗口或网上办理	申请—受理—审核—办结	经办窗口或网上查询	变更姓名、性别、身份证号、出生日期等关键信息的，应提供必要的佐证资料。	
		6	城乡居民参保信息变更登记	132036001006	1.有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡 2.《基本医疗保险城乡居民参保信息变更登记表》	即时办结	经办窗口网上办理	申请—受理—审核—办结	经办窗口或网上查询		

主项	主项编码	子项序号	子项	子项编码	办理材料	办理时限	办理渠道	办理环节	查询方式	备注	设定依据
二、基本医疗保险参保信息查询和个人账户一次性支取	13203600200Y	7	参保单位参保信息查询	132036002001	单位有效证明文件	即时办结	经办窗口或网上办理	申请—受理—办结	经办窗口或网上查询	单位有效证明文件可包括：统一社会信用代码证书或介绍信。	1.《中华人民共和国社会保险法》第七十四条； 2.《社会保险费征缴暂行条例》（国务院令第259号）第十六条； 3.《社会保险经办条例》（国务院令第765号）第三十二条。
		8	参保人员参保信息查询	132036002002	有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡	即时办结	经办窗口、网上或自助机办理	申请—受理—办结	经办窗口、网上或自助机查询		
		9	参保人员个人账户一次性支取	132036002003	1.有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡 2.《职工基本医疗保险个人账户一次性支取申请表》	不超过15个工作日	经办窗口或网上办理	申请—受理—审核—拨付—办结	经办窗口或网上查询	1.因死亡支取的应提供继承人身份证、银行卡账户信息，通过数据共享无法查询死亡信息的应提供个人承诺书； 2.主动放弃参加职工基本医疗保险的，需提供主动放弃基本医疗保险的情况说明。	1.《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》（国发〔1998〕44号）； 2.《香港澳门台湾居民在内地（大陆）参加社会保险暂行办法》（中华人民共和国人力资源和社会保障部、国家医保局令第41号）第七条； 3.《在中国境内就业的外国人参加社会保险暂行办法》（中华人民共和国人力资源和社会保障部令第16号）第五条、第六条。
三、基本医疗保险关系转移接续	13203600300Y	10	转移接续手续办理	132036003002	有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡	不超过15个工作日	经办窗口或网上办理	申请—受理—审核—办结	经办窗口或网上查询	1.参保人员转移接续申请成功受理后，转出地经办机构10个工作日内完成基本医疗保险关系转出，生成《参保人员基本医疗保险信息表》签章后上传，若个人账户有余额的，办理个人账户余额划转手续； 2.转入地经办机构收到《参保人员基本医疗保险信息表》后，在5个工作日内完成基本医疗保险关系转入。	1.《中华人民共和国社会保险法》第三十二条； 2.《国家医保局办公室 财政部办公厅关于印发<基本医疗保险关系转移接续暂行办法>的通知》（医保办发〔2021〕43号）第二条、第八条、第九条。
四、基本医疗保险参保人员异地就医备案	13203600400Y	11	异地安置退休人员备案	132036004001	有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡	即时办结	经办窗口或网上办理	申请—受理—审核—办结	经办窗口或网上查询	通过全国统一的线上备案渠道申请办理异地就医备案的，原则上参保地经办机构应在2个工作日内办结。	《国家医保局　财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）
		12	异地长期居住人员备案	132036004002	有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡	即时办结	经办窗口或网上办理	申请—受理—审核—办结	经办窗口或网上查询		
		13	常驻异地工作人员备案	132036004003	有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡	即时办结	经办窗口或网上办理	申请—受理—审核—办结	经办窗口或网上查询		
		14	异地转诊人员备案	132036004004	有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡	即时办结	经办窗口或网上办理	申请—受理—审核—办结	经办窗口或网上查询		
		15	其他临时外出就医人员备案	132036004005	有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡	即时办结	经办窗口或网上办理	申请—受理—审核—办结	经办窗口或网上查询		

主项	主项编码	子项序号	子项	子项编码	办理材料	办理时限	办理渠道	办理环节	查询方式	备注	设定依据
五、基本医疗保险参保人员享受门诊慢特病病种待遇认定	132036005000	16	基本医疗保险参保人员享受门诊慢特病病种待遇认定	132036005000	1.有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡 2.病历资料或检查资料	不超过20个工作日	网上办理	申请—受理—审核—办结	经办窗口或网上查询	1.鼓励将门诊慢特病病种待遇认定下沉到符合要求的定点医疗机构，由定点医疗机构“一站式”受理，经办机构对医疗机构认定情况进行有效监管； 2.鼓励各地为群众提供线上办理渠道。	1.《劳动和社会保障部办公厅关于妥善解决医疗保险制度改革有关问题的指导意见》（劳社厅发〔2002〕8号）； 2.《卫生部 财政部 国家中医药管理局关于完善新型农村合作医疗统筹补偿方案的指导意见》（卫农卫发〔2007〕253号）； 3.劳动和社会保障部等部委《关于城镇居民基本医疗保险医疗服务管理的意见》（劳社部发〔2007〕40号）； 4.《国务院关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》（国发〔2016〕3号）。
六、基本医疗保险参保人员医疗费用手工（零星）报销	13203600600Y	17	门诊费用报销	132036006001	1.有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡 2.医药机构收费票据 3.门急诊费用清单 4.处方底方	不超过30个工作日	经办窗口或网上办理	申请—受理—审核—拨付—办结	经办窗口或网上查询	1.急诊可要求提供急诊诊断证明； 2.意外伤害就医的应提供交警事故认定书或法院判决书或调解协议书等公检法部门出具的相关证明材料复印件一份，无法提供的应填写个人承诺书； 3.特殊情况可要求提供病历中的佐证资料。	1.《中华人民共和国社会保险法》第二十八条、第三十条； 2.《社会保险经办条例》（国务院令第765号）第二十条。
		18	住院费用报销	132036006002	1.有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡 2.医院收费票据 3.住院费用清单 4.出院记录	不超过30个工作日	经办窗口或网上办理	申请—受理—审核—拨付—办结	经办窗口或网上查询		
七、生育保险待遇核准支付	13203600700Y	19	产前检查费支付	132036007001	1.有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡 2.医院收费票据 3.费用清单 4.诊断证明	不超过20个工作日	网上办理	申请—受理—审核—拨付—办结	经办窗口或网上查询	1.合并支付的一次性提供材料； 2.特殊情况可要求提供病历中的佐证资料。	1.《中华人民共和国社会保险法》第五十四条、第五十五条； 2.《社会保险经办条例》（国务院令第765号）第二十条。
		20	生育医疗费支付	132036007002	1.有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡 2.医院收费票据 3.费用清单 4.出院记录	不超过20个工作日	网上办理	申请—受理—审核—拨付—办结	经办窗口或网上查询		
		21	计划生育医疗费支付	132036007003	1.有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡 2.医院收费票据 3.费用清单 4.诊断证明（门诊）/出院记录（住院）	不超过20个工作日	网上办理	申请—受理—审核—拨付—办结	经办窗口或网上查询		
		22	生育津贴支付	132036007004	1.有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡 2.诊断证明（门诊）/出院记录（住院）	不超过10个工作日	网上办理	申请—受理—审核—拨付—办结	经办窗口或网上查询		

主项	主项编码	子项序号	子项	子项编码	办理材料	办理时限	办理渠道	办理环节	查询方式	备注	设定依据
八、医疗救助对象待遇核准支付	13203600800Y	23	符合资助条件的救助对象参加城乡居民基本医疗保险个人缴费补贴	132036008001	1.救助对象身份证明 2.个人缴纳基本医保参保费用有效凭证	不超过15个工作日	经办窗口或网上办理	申请--受理--审核--拨付—办结	经办窗口	1.本事项适用于符合医疗救助资助参保条件，在集中参保缴费期已先行全额缴纳城乡居民医保费个人应缴部分的救助对象； 2.有条件的地区可与相关部门联网实时推送救助对象身份信息。	1.《社会救助暂行办法》（国务院令第649号）第二十九条； 2.《财政部 民政部关于印发<城乡医疗救助基金管理办法>的通知》（财社〔2013〕217号）第八条； 3.《国务院办公厅关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的意见》（国办发〔2021〕42号）。
		24	医疗救助对象手工（零星）报销	132036008002	1.有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡 2.基本医保、大病保险报销后的结算单、定点医疗机构处方底方或定点药店购药发票 3.《医疗救助申请表》	不超过30个工作日	经办窗口或网上办理	申请--受理--审核--拨付—办结	经办窗口	1.与其他费用合并支付的一次性提供材料； 2.符合救助条件但未经认定的应提供《个人家庭经济状况核查委托授权书》，由相关部门认定后报销。	
九、医药机构申请定点协议管理	13203600900Y	25	医疗机构申请定点协议管理	132036009001	1.《定点医疗机构申请表》 2.医疗机构执业许可证或中医诊所备案证或诊所备案凭证或军队医疗机构为民服务许可证照复印件 3.与医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度文本 4.与医保有关的医疗机构信息系统相关材料 5.纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告 （以上办理资料均需加盖单位公章）	不超过90个自然日	线下或网上办理	申请--受理--审核—办结	线下或网上查询	审核环节包括评估、公示、协商谈判、协议签订等。	1.《中华人民共和国社会保险法》第三十一条； 2.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第2号）第七条、第八条、第九条、第十条。
		26	零售药店申请定点协议管理	132036009002	1.《定点零售药店申请表》 2.药品经营许可证、营业执照和法定代表人、主要负责人或实际控制人身份证复印件 3.执业药师资格证书或药学技术人员相关证书及其劳动合同复印件 4.医保专（兼）职管理人员的劳动合同复印件 5.与医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度文本 6.与医保有关的信息系统相关材料 7.纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告 （以上办理资料均需加盖单位公章）	不超过90个自然日	线下或网上办理	申请--受理--审核—办结	线下或网上查询	审核环节包括评估、公示、协商谈判、协议签订等。	1.《中华人民共和国社会保险法》第三十一条； 2.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第3号）第六条、第七条、第八条、第九条。
十、定点医药机构费用结算	13203601000Y	27	基本医疗保险定点医疗机构费用结算	132036010001	办理材料根据定点医药机构与经办机构签订的协议执行	不超过30个工作日	网上办理	申请—受理—审核—拨付—办结	开户银行		1.《中华人民共和国社会保险法》第二十九条； 2.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第2号）第三十条。
		28	基本医疗保险定点零售药店费用结算	132036010002		不超过30个工作日	网上办理	申请—受理—审核—拨付—办结	开户银行		1.《中华人民共和国社会保险法》第二十九条； 2.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第3号）第二十九条。

说明：
1.有效身份证件包括身份证、户口簿、护照、港澳居民来往内地通行证、港澳台居民居住证、外国人永久居留证等；
2.委托办理业务的，应提供委托人及代理人身份证件原件及委托人授权委托书；
3.初次办理手工（零星）报销等涉及费用支付业务或收款账户信息有变化的，应提供参保人银行账户信息。

附件 2

河北省医疗保障经办政务服务事项清单样表

表 1：基本医疗保险单位参保信息登记表

<table>
<tr><td colspan="8">☐新参保登记　　☐暂停登记　　☐注销登记</td></tr>
<tr><td colspan="2">单位名称</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="2">现统一社会
信用代码</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">原统一社会
信用代码</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">通讯地址</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="2">单位性质</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">法定代表人</td><td>姓名</td><td></td><td>联系电话</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>身份证件号码</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">开户银行</td><td colspan="2"></td><td>户名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">账　号</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">经办
人员</td><td>姓名</td><td colspan="2"></td><td>所在部门</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>手机
号码</td><td colspan="2"></td><td>联系电话</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">参保
险种</td><td colspan="6">☐职工基本医疗保险　☐生育保险
☐补充医疗保险　☐其他（_____）</td></tr>
<tr><td colspan="8">机关事业单位及社会团体填报以下信息</td></tr>
<tr><td colspan="2">经费来源</td><td colspan="2"></td><td>主管部门</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="4">最新核编人数（含纪检、军转）</td><td></td><td>退休人数</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">机关在编
人数</td><td colspan="2"></td><td>公务员
人数</td><td></td><td>后勤服务
人数</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">参公在编
人数</td><td colspan="3"></td><td colspan="2">事业在编人数</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">单位声明</td><td colspan="6">本单位依法申请医疗保险登记，承诺填报信息真实、准确、完整，请予办理。

单位（盖章）
年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">经办机构
意见</td><td colspan="6">☐经审核，申报单位不符合参保登记办理条件。
经审核，同意申报单位办理以下社会保险登记：
☐职工基本医疗保险　☐生育保险
☐补充医疗保险　☐其他（　　）

经办人签字：　　经办机构（盖章）　　年　月　日</td></tr>
</table>

表 2：职工基本医疗保险参保登记表

单位名称（盖章）：　　单位编码：　　险种：　　□灵活就业人员

序号	姓名	身份证件类型	身份证件号码	申报工资（元/月）	业务类型						手机号码	备注
					增加	暂停	终止	恢复	在职转退休	统筹区内转移		
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												

注：灵活就业人员无需单位盖章和填写单位编码。

填报人：　　联系电话：　　经办机构经办人：　　年　　月　　日

表 3：城乡居民基本医疗保险参保登记表

<table>
<tr><td>姓名</td><td colspan="2"></td><td>身份证件类型</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>身份证件号码</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>性　别</td><td>□男　□女</td><td>出生
日期</td><td>年　月</td><td>联系电话</td><td></td></tr>
<tr><td>户籍所在地（居住证登记地）</td><td colspan="3">省　　市　　区县(市)
乡镇(街道)</td><td>村（社区）</td><td></td></tr>
<tr><td>通讯地址</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>申请人身份</td><td colspan="5">（建议列选择项打勾，如□中小学儿童 □大学生 □无业成年人等）</td></tr>
<tr><td>财政补助对象</td><td colspan="5">（建议列选择项打勾，如□低保 □特困等）</td></tr>
<tr><td>业务类型</td><td colspan="5">□新增　　□暂停　　□终止　　□恢复</td></tr>
<tr><td>申请人
或监护人</td><td colspan="5">以上信息填报真实，现申请参加城乡居民医保，并已了解城乡居民基本医疗保险费征收部门和缴费方式，以及每年规定的缴费时间。
（签字）　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>收件审核</td><td colspan="5">□ 经审核，符合城乡居民医保参保规定。
□ 经审核，不符合城乡居民医保参保规定。
经办人：　　（受理单位盖章）
年　　月　　日</td></tr>
</table>

表 4：基本医疗保险参保单位信息变更登记表

单位编码:　　填表日期:

<table>
<tr><td colspan="3">原登记事项</td><td colspan="2">变更事项</td></tr>
<tr><td colspan="3">单位名称</td><td colspan="2">单位名称</td></tr>
<tr><td colspan="3">住所（地址）</td><td colspan="2">住所（地址）</td></tr>
<tr><td colspan="3">单位类型</td><td colspan="2">单位类型</td></tr>
<tr><td rowspan="3">法定代表人（负责人）</td><td>姓名</td><td></td><td>姓名</td><td></td></tr>
<tr><td>身份证件号码</td><td></td><td>身份证件号码</td><td></td></tr>
<tr><td>联系电话</td><td></td><td>联系电话</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">单位经办人</td><td>姓名</td><td></td><td>姓名</td><td></td></tr>
<tr><td>联系电话</td><td></td><td>联系电话</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">开户银行及账号</td><td>开户银行</td><td></td><td>开户银行</td><td></td></tr>
<tr><td>账号</td><td></td><td>账号</td><td></td></tr>
<tr><td>其他</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>备注</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>经办机构审核意见</td><td colspan="4">经办人:　　（受理单位盖章）
年　　月　　日</td></tr>
</table>

表 5：基本医疗保险职工参保信息变更登记表

单位名称:　　单位编码:　　联系电话:　　□关键信息　□非关键信息　　年　月　日

序号	姓名	身份证件号码	变更项目	变更前	变更后	参保人签字	备注
1							
2							
3							
4							
5							
6							
单位经办人（签章）		单位意见（盖章）			经办机构意见		

备注：灵活就业人员无需单位盖章和填写单位信息

表 6：基本医疗保险城乡居民参保信息变更登记表

填报人:　　联系电话:　　□关键信息　□非关键信息　　年　月　日

序号	姓名	身份证件号码	变更项目	变更前	变更后	参保人签字	备注
1							
2							
3							
4							
5							
6							
经办机构意见	经办人:　　（受理单位盖章） 年　月　日						

表 7：职工基本医疗保险个人账户一次性支取申请表

支取人签字:　　年　　月　　日

<table>
<tr><td colspan="6">参保人基本情况</td></tr>
<tr><td>姓名</td><td colspan="2"></td><td>身份证件号码</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>支取原因</td><td colspan="5">□出国（境）定居　□主动放弃　□死亡　□其他</td></tr>
<tr><td>工作单位</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>开户银行</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>账　号</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="6">继承人（代表人）基本情况</td></tr>
<tr><td>姓名</td><td colspan="2"></td><td>与参保人关系</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>身份证件号码</td><td colspan="2"></td><td>联系电话</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>常住地址</td><td colspan="2"></td><td>工作单位</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>开户银行</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>账号</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="6">经协商，由_____代表全部继承人办理支取业务，有关款项汇入其名下银行账户，分配事宜自行解决，由此产生的法律纠纷由代表人自行负责。

签字:　　年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="6">被委托人基本情况（如无被委托人，无需填写）</td></tr>
<tr><td>姓名</td><td></td><td>身份证件号码</td><td></td><td>联系电话</td><td></td></tr>
<tr><td>备注</td><td colspan="5"></td></tr>
</table>

表 8：参保人员基本医疗保险信息表

（此表由转出地医疗保障经办机构提供给转入地医疗保障经办机构）

参保人员姓名:　　身份证件号码:　　性别:

序号	时间 自 年 月至 年 月	基本医疗 保险类型	参保缴费 月数小计	统筹地区 经办机构名称	统筹地区经办机构 行政区划代码	备注
	1	2	3	4	5	6
1						
2						
3						
4						
...						
基本医疗保险个人账户实际转出资金			大写		小写	¥

经办人（签章）:　　联系电话:　　医疗保障经办机构（章）:　　日期:　　年　　月　　日

表 9：医疗救助申请表

<table>
<tr><td rowspan="2">申请人基本情况</td><td>姓名</td><td></td><td>性别</td><td></td><td>年龄</td><td></td><td>身份证件号码</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>家庭住址</td><td colspan="3"></td><td>村（社区）</td><td></td><td>联系电话</td><td></td></tr>
<tr><td>申请救助对象类别</td><td colspan="9">☐低保对象　☐特困人员　☐孤儿　☐低保边缘家庭成员
☐刚性支出困难家庭中符合条件的大病患者（因病致贫重病患者）
☐防止返贫监测对象　☐其他：（_____）</td></tr>
<tr><td>申请原因</td><td colspan="9"></td></tr>
<tr><td>申请人授权</td><td colspan="9">现授权_____到_____调查本人及家庭成员经济状况，请以上部门和机构予以配合并向被授权单位提供相关信息，以上部门和机构提供的本人及家庭成员经济状况，本人予以认可。

授权人：　年　月　日</td></tr>
<tr><td>相关认定部门意见（民政、农业农村等部门）</td><td colspan="9"></td></tr>
<tr><td>经办机构意见</td><td colspan="9"></td></tr>
<tr><td>备注</td><td colspan="9"></td></tr>
</table>

申请人：　年　月　日

表 10：个人承诺书

本人_____（身份证件号码：_____），办理_____业务。因个人原因无法提供_____（填写办理材料名称），本人保证符合此业务办理条件，所述信息真实、准确、完整、有效，由此产生的一切法律责任均由本人承担。

联系电话：

通讯地址：

承诺人（签名、指印）：

年　　月　　日

表 11

定点医疗机构申请表

申请单位：_____

申请时间：　　年　　月　　日

填写说明

一、本表采用打印版，要求内容真实。

二、“申请业务内容”一栏是指开展“门诊”、“住院”

三、“医保职能部门”一栏是指医疗机构内部设立或指定的负责医疗保障业务管理的部门。

定点医疗机构申请表

<table>
<tr><td>医疗机构名称</td><td colspan="2"></td><td>医疗机构地址</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>统一社会信用代码</td><td colspan="2"></td><td>所有制形式</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>执业许可证号</td><td colspan="2"></td><td>主管部门</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>经营性质</td><td colspan="2"></td><td>正式运营时间</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>批准床位数</td><td colspan="2"></td><td>经营面积</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>基本账户开户银行及账号</td><td colspan="2"></td><td>医疗机构等级</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">法定代表人</td><td colspan="2">姓名:</td><td colspan="3">联系电话:</td></tr>
<tr><td colspan="5">身份证号码:</td></tr>
<tr><td rowspan="2">实际控制人
（主要负责人）</td><td colspan="2">姓名:</td><td colspan="3">联系电话:</td></tr>
<tr><td colspan="5">身份证号码:</td></tr>
<tr><td>主管医保工作负责人</td><td colspan="2"></td><td>联系电话</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>医保职能部门联系人</td><td colspan="2"></td><td>联系电话</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>在职职工人数</td><td colspan="2"></td><td>在本单位缴纳社保、医保人数</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>申请业务内容</td><td colspan="5">住院 □ 门诊□</td></tr>
<tr><td rowspan="6">卫技人员
汇总情况
（以注册人员为准）</td><td></td><td>人数</td><td colspan="3">第一注册地在本机构的人数</td></tr>
<tr><td>医 生</td><td></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>护 士</td><td></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>医 技</td><td></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>药 师</td><td></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>合 计</td><td></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">科室设置、医护人员（以注册人员为准）、病床数情况</td><td>科室</td><td>住院
开放床位数</td><td>医生人数（其中第一注册地在本医疗机构的人数）</td><td>护士人数</td><td>其他</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="6">大型医疗设备信息</td><td>品种</td><td>型号及数量</td><td>购买年月</td><td>有效期</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>申请承诺</td><td colspan="4">本机构自愿申请承担医疗保障服务，并严格遵守医疗保障有关管理规定，对所提交资料的真实性负责，如有虚假不实，本机构将承担由此带来的一切法律、经济等方面的后果及责任。
本机构已认真阅读《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第 2 号）申请定点相关要求，无第十二条不予受理情形；已认真阅读 xxx 医疗保障定点医疗机构协议管理要求，承诺在申请纳入协议管理后严格遵守协议各项管理的各项要求。

法定代表人签字:　　单位盖章

年　月　日</td></tr>
<tr><td>联系人</td><td></td><td>联系电话</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

风险提示：申请定点的医疗机构有可能存在前期经费投入，当评估不合格时可能会产生经济损失。

表 12

定点零售药店申请表

申请单位：_____

申请时间：　　年　　月　　日

填写说明

一、本表采用打印版，要求内容真实。

二、劳动合同有效时限填写劳动合同签订日期及合同期限。

定点零售药店申请表

<table>
<tr><td>药店名称</td><td colspan="3"></td><td>药店地址</td><td colspan="3"></td><td></td></tr>
<tr><td>统一社会信用代码</td><td colspan="3"></td><td>药品经营许可证号</td><td colspan="3"></td><td></td></tr>
<tr><td>所有制形式</td><td colspan="3"></td><td>药店性质</td><td colspan="3">直营□加盟□
单体□其他□</td><td></td></tr>
<tr><td>药店许可经营范围</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td>营业面积
（平方米）</td><td colspan="3"></td><td>基本账户
开户银行及账号</td><td colspan="3"></td><td></td></tr>
<tr><td>上级公司名称</td><td colspan="3"></td><td>上级公司地址</td><td colspan="3"></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">法定代表人</td><td colspan="4">姓名:</td><td colspan="4">联系电话:</td></tr>
<tr><td colspan="8">身份证号码:</td></tr>
<tr><td>是否独立法人</td><td colspan="8">是□　　否□</td></tr>
<tr><td rowspan="2">企业负责人</td><td colspan="4">姓名:</td><td colspan="4">联系电话:</td></tr>
<tr><td colspan="8">身份证号码:</td></tr>
<tr><td rowspan="2">实际控制人</td><td colspan="4">姓名:</td><td colspan="4">联系电话:</td></tr>
<tr><td colspan="8">身份证号码:</td></tr>
<tr><td rowspan="3">药师配置情况</td><td>性名</td><td>性别</td><td>年龄</td><td>技术资格</td><td>发证
日期</td><td>证书
编号</td><td>注册地</td><td>劳动合同
有效时限</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>医保管理
工作负责人</td><td colspan="3"></td><td>联系电话</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>医保管理
工作专职人数</td><td colspan="3"></td><td>医保管理
工作兼职
人数</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>医保管理人员</td><td>姓名</td><td colspan="2">身份证号</td><td>专（兼）职</td><td colspan="4">劳动合同有效时限</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td></td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td></td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>申请承诺</td><td colspan="3">本单位自愿申请承担医疗保障服务，并严格遵守医疗保障有关管理规定，对所提交资料的真实性负责，如有虚假不实，本机构将承担由此带来的一切法律、经济等方面的后果及责任。
本机构已认真阅读《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第 3 号）申请定点相关要求，无第十一条不予受理情形；已认真阅读 xxx 医疗保障定点零售药店协议管理要求，承诺在申请纳入协议管理后严格遵守协议管理的各项要求。

法定代表人签字：　　（单位公章）
年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>联系人</td><td></td><td>联系电话</td><td></td></tr>
</table>

风险提示：申请定点的零售药店有可能存在前期经费投入，当评估不合格时可能会产生经济损失。

河北省医疗保障局办公室　　2023 年 12 月 1 日印发