

福建省医疗保障局文件

闽医保规〔2023〕8号

福建省医疗保障局关于调整全省医疗保障 经办政务服务事项清单的通知

各设区市医疗保障局、平潭综合实验区社会事业局，省医疗保障基金中心：

为进一步规范医保经办管理，优化服务体系，根据《国家医疗保障局办公室关于印发〈全国医疗保障经办政务服务事项清单（2023年版）〉的通知》（医保办发〔2023〕24号）精神，结合我省医疗保障经办实际情况，对全省医疗保障经办政务服务事项清单进行了调整优化。现印发给你们，请认真贯彻落实，并提出如下要求：

一、严格执行省级清单。要高度重视清单贯彻落实工作，及时落实《社会保险经办条例》相关要求。全省各统筹区医疗保障部门直接执行省级清单，不再出台本级清单。各地须及时完成清单转发及相关配置工作。

二、推动清单事项下沉。各地要将参保登记、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，通过基层代办系统提供帮办代办服务，实现更多医保业务就近办理。

三、做好信息化支持。要推动实现更多事项线上办理和办理进度自助查询，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。要建立健全清单执行情况监测机制，运用信息化手段重点监测超时办结业务及要求群众超清单提供办理材料等情形。

四、注重宣传和反馈。各地要及时向社会公布经办政务服务事项清单和办事指南，通过宣传册、门户网站、微信公众号等渠道供群众阅读、查询、下载和使用。要注意做好日常服务对象的意见收集工作，在执行中遇到的重大问题及时上报省医保中心。

附件：1. 福建省医疗保障经办政务服务事项清单（2023年12月修订版）

2. 福建省医疗保障经办政务服务事项表单(2023年12月修订版)



福建省医疗保障经办政务服务事项清单（2023年12月修订版）

主项	主项编码	子项序号	子项	子项编码	孙项序号	孙项	办理材料	办理时限	办理环节	备注	设定依据
一、基本医疗保险参保和变更登记	00203600100Y	1	单位参保登记	002036001001	1.1	单位新参保登记	1. 《基本医疗保险单位参保信息登记表》（加盖单位公章） 2. 统一社会信用代码证或单位批准成立的文件	即时办结	申请—受理—审核—办结	1. 可通过信息共享渠道获取单位登记信息的，无需提供附件材料。 2. 厦门该事项由税务部门办理，以税务部门办理要求为准。	1. 《中华人民共和国社会保险法》（主席令第35号）第五十七条、第五十八条； 2. 《福建省人民政府贯彻国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定的通知》（闽政[1999]15号）； 3. 《社会保险费征缴暂行条例》（国务院令第259号）第八条； 4. 《社会保险经办条例》（国务院令第765号）第六条、第十条。
					1.2	单位注销登记	1. 《基本医疗保险单位注销登记表》（加盖单位公章） 2. 单位批准注销的文件	即时受理；单位缴清欠款后3个工作日内办结	申请—受理—审核—办结	1. 厦门该事项由税务部门办理，以税务部门办理要求为准。	1. 《中华人民共和国社会保险法》（主席令第35号）第五十七条、第五十八条； 2. 《福建省人民政府贯彻国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定的通知》（闽政[1999]15号）； 3. 《社会保险费征缴暂行条例》（国务院令第259号）第八条； 4. 《社会保险经办条例》（国务院令第765号）第六条、第十条。
		2	单位参保信息变更登记	002036001004			《基本医疗保险单位变更登记表》（加盖单位公章）	即时办结	申请—受理—审核—办结	1. 变更单位名称、单位性质、法定代表人等关键信息的，应提供必要的佐证资料。 2. 厦门该事项由税务部门办理，以税务部门办理要求为准。	1. 《中华人民共和国社会保险法》（主席令第35号）第八条、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. 《福建省人民政府贯彻国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定的通知》（闽政[1999]15号）。
		3	职工参保登记	002036001002	3.1	职工参保登记	1. 在职职工：①《职工基本医疗保险参保登记表》（加盖单位章）；②有效身份证件复印件 2. 灵活就业人员：①医保电子凭证或有效身份证件或社保卡；②《职工基本医疗保险参保登记表》	1. 即时办结 2. 办理单位申报50人以上——3个工作日内办结	申请—受理—审核—办结	1. 有效身份证件包括身份证、居住证、户口簿、护照、港澳居民往来内地通行证、港澳台居民居住证、外国人永久居留证等。 2. 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. 厦门该事项由税务部门办理，以税务部门办理要求为准。	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、五十八条； 2. 《香港澳门台湾居民在内地（大陆）参加社会保险暂行办法》（人力资源和社会保障部、国家医保局令第41号）第二条、第三条、第四条、第十四条； 3. 《在中国境内就业的外国人参加社会保险暂行办法》（人力资源和社会保障部令第16号）第三条、第四条； 4. 《福建省人民政府贯彻国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定的通知》（闽政[1999]15号）；
		3.2			职工参保关系变更登记	1. 《基本医疗保险职工参保关系变更登记表》（职工需加盖单位章）	即时办结	申请—受理—审核—办结	1. 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。 2. 终止参保无法通过信息共享渠道获取的，需提供居民死亡医学证明（诊断）书、火化证、注明死亡日期的户口注销材料、或由单位出具的死亡承诺等任一材料。 3. 出国定居的，需提供护照或永久居留证终止参保。 4. 厦门该事项由税务部门办理，以税务部门办理要求为准。	5. 《福建省劳动和社会保障厅关于办理机关事业单位非编在职人员基本医疗保险有关问题的通知》（闽劳社文[2004]72号）； 6. 《关于进一步完善我省职工基本医疗保险有关政策的通知》（闽人社文[2013]41号）； 7. 《社会保险经办条例》（国务院令第765号）第六条； 8. 《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）第九条； 9. 《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）。	

主项	主项编码	子项序号	子项	子项编码	孙项序号	孙项	办理材料	办理时限	办理环节	备注	设定依据
一、基本医疗保险参保和变更登记	00203600100Y	3	职工参保登记	002036001002	3.3	职工在职转退休	1.《基本医疗保险职工参保关系变更登记表》(在职职工需加盖单位章) 2.《基本医疗保险职工参保关系变更登记表》(在职职工需加盖单位章)	1.即时办结 2.视同缴费年限认定较为复杂的,办理时限可延长至材料补充完整后3个工作日内办结	申请—受理—审核—办结	1.需认定视同缴费年限的提供个人档案原件及复印件。 2.无法通过信息共享渠道获取参保人员退休信息的,需提供退休审核材料	1.《福建省人民政府贯彻国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定的通知》(闽政[1999]15号); 2.《福建省人民政府办公厅退休人员未达到缴费年限补交基本医疗保险费有关保险的通知》(闽政办[1999]212号); 3.《福建省劳动和社会保障厅关于办理机关事业单位非编在职人员基本医疗保险有关问题的通知》(闽劳社文[2004]72号); 4.《福建省劳动和社会保障厅福建省财政厅关于提前退休人员参加基本医疗保险有关问题的通知》(闽劳社[2001]381号); 5.《关于进一步完善我省职工基本医疗保险有关政策的通知》(闽人社文[2013]41号); 6.《关于福建省职工基本医疗保险关系转移衔接有关问题的通知》(闽人社文[2009]29号)。
		4	职工参保信息变更登记	002036001005			1.《基本医疗保险参保信息变更登记表》(关键信息变更加盖单位章) 2.医保电子凭证或有效身份证件或社保卡	即时办结	申请—受理—审核—办结	1.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。 2.厦门该事项由税务部门办理,以税务部门办理要求为准。	1.《中华人民共和国社会保险法》(主席令第35号)第五十七条、第五十八条; 2.《香港澳门台湾居民在内地(大陆)参加社会保险暂行办法》(人力资源和社会保障部、国家医保局令第41号)第二条、第三条、第四条、第十四条; 3.《在中国境内就业的外国人参加社会保险暂行办法》(人力资源和社会保障部令第16号)第三条、第四条。
		5	城乡居民参保登记	002036001003			1.《城乡居民医疗保险参保登记表》 2.参保人有效身份证件	即时办结	申请—受理—审核—办结	1.有效身份证件包括身份证、居住证、户口簿、护照、港澳居民往来内地通行证、港澳居民往来内地通行证、港澳台居民居住证、外国人永久居留证等。 2.厦门该事项由税务部门办理,以税务部门办理要求为准。	1.《中华人民共和国社会保险法》(2010年10月28日第十一届全国人民代表大会常务委员会第十七次会议通过主席令第35号)第八条; 2.《福建省实施〈居住证暂行条例〉办法》(福建省人民政府令第175号)第十四条; 3.《香港澳门台湾居民在内地(大陆)参加社会保险暂行办法》; 4.《社会保险经办条例》(中华人民共和国国务院令第765号)第八条、第九条、第十条。
		6	城乡居民参保信息变更登记	002036001006			1.《基本医疗保险参保信息变更登记表》 2.医保电子凭证或有效身份证件或社保卡	即时办结	申请—受理—审核—办结	1.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。 2.可通过信息共享渠道获取特殊身份人员认定信息的无需提供对应材料 3.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。 4.厦门该事项由税务部门办理,以税务部门办理要求为准。	1.《中华人民共和国社会保险法》(主席令第35号)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。
二、基本医疗保险参保信息查询和个人账户一次性支取	00203600200Y	7	参保单位参保信息查询	002036002001			统一社会信用代码证或介绍信	即时办结	申请—受理—办结	厦门该事项由税务部门办理,以税务部门办理要求为准。	1.《中华人民共和国社会保险法》(主席令第35号)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	002036002002			医保电子凭证或有效身份证件或社保卡	即时办结	申请—受理—办结	厦门该事项由税务部门办理,以税务部门办理要求为准。	

主项	主项编码	子项序号	子项	子项编码	孙项序号	孙项	办理材料	办理时限	办理环节	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	00203600200Y	9	参保人员个人账户一次性支取	002036002003			1.《基本医疗保险个人账户一次性支取申请表》 2.医保电子凭证或有效身份证件或社保卡	不超过10个工作日	申请—受理—审核—拨付—办结	1.因死亡支取的应提供继承人身份证、银行卡账户信息；需支取至非死者本人银行账户需提供关系证明。 2.因出国等原因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。 3.即时受理；5个工作日内业务办结；业务办结后5个工作日内财务部门拨付资金转入申请人医保个人账户或银行账户。	1.《中华人民共和国社会保险法》（主席令第35号）第十四条； 2.《港澳澳门台湾居民在内地（大陆）参加社会保险暂行办法》（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》（人力资源和社会保障部令第16号）第五条、第六条； 4.劳动和社会保障部办公厅《关于加强城镇职工基本医疗保险个人账户管理的通知》（劳社厅发〔2002〕6号）； 5.《福建省人民政府贯彻国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定的通知》（闽政〔1999〕15号）； 6.《关于港澳台人员参加基本医保有关问题的通知》（闽劳社文〔2009〕22号，离境人员个人账户提现）。
三、基本医疗保险关系转移接续	00203600300Y	10	转移接续手续办理	002036003002			医保电子凭证或有效身份证件或社保卡	省内转移即时办结。 省外转移： 1.参保人员转移接续申请成功受理后，转出地经办机构8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。	申请—受理—审核—办结		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； 3.福建省医疗保障局 福建省财政厅关于印发《福建省基本医疗保险关系转移接续暂行办法》的通知（闽医保〔2022〕45号）。
四、基本医疗保险参保人员异地就医备案	00203600400Y	11	异地安置退休人员备案	002036004001			1.有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡 2.《异地就医登记备案表》 3.异地安置认定材料：居民户口簿（户口簿首页和本人常住人口登记卡）或个人承诺书	即时办结	申请—受理—办结	1.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； 2.参保人在居住地公安派出所或者受公安机关委托的社区服务机构办理申领居住证手续且尚未领取的，可提交有关部门出具的受理凭证； 3.自费结算之后申请补备案的，不实行承诺制，且只可补办“异地安置退休人员备案”、“异地长期居住人员备案”、“常驻异地工作人员备案”、“异地转诊人员备案”四类备案。	《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	002036004002			1.有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡 2.《异地就医登记备案表》 3.长期居住认定材料：居住证、居民户口簿（户口簿首页和本人常住人口登记卡）任选其一，或个人承诺书	即时办结	申请—受理—办结		
		13	常驻异地工作人员备案	002036004003			1.有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡 2.《异地就医登记备案表》 3.异地工作认定材料：参保地工作单位派出凭证、异地工作劳动合同任选其一，或个人承诺书	即时办结	申请—受理—办结		
		14	异地转诊人员备案	002036004004			1.有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡 2.《异地就医登记备案表》 3.具有转诊资质的定点医疗机构开具的转诊转院材料	即时办结	申请—受理—办结		
		15	其他临时外出就医人员备案	002036004005			1.有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡 2.《异地就医登记备案表》	即时办结	申请—受理—办结		

主项	主项编码	子项序号	子项	子项编码	孙项序号	孙项	办理材料	办理时限	办理环节	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	002036005000	16	基本医疗保险参保人员享受门诊慢特病病种待遇认定	002036005000			1. 有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡 2. 《门诊慢特病病种待遇认定申请表》	即时办结	申请—受理—办结	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； 3. 《门诊慢特病病种待遇认定申请表》填写内容不清晰的，可要求提供病历资料佐证； 4. 参保人省外就医，如医疗机构无法提供《门诊慢特病病种待遇认定申请表》的，可提供诊断证明书、出院记录等材料通过承诺制办理。	1. 《劳动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	00203600600Y	17	门诊费用报销	002036006001			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. 门诊费用清单 4. 处方底方或门诊病历	不超过10个工作日（但遇到年度高峰期，系统大面积停机升级、单次受理金额大于5万元，需核实票据、疑难件等少数情况，仍为30个工作日内办结。）	申请—受理—审核—拨付—办结	1. 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； 2. 急诊可要求提供急诊诊断证明；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765号）第二十条。
		18	住院费用报销	002036006002			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. 出院记录或诊断证明	不超过15个工作日（但遇到年度高峰期，系统大面积停机升级、单次受理金额大于5万元，需核实票据、疑难件等少数情况，仍为30个工作日内办结。）	申请—受理—审核—拨付—办结		
七、生育保险待遇核准支付	00203600700Y	19	产前检查费支付	002036007001			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. 诊断证明或门诊病历	不超过10个工作日（但遇到年度高峰期，系统大面积停机升级、单次受理金额大于5万元，需核实票据、疑难件等少数情况，仍为20个工作日内办结。）	申请—受理—审核—拨付—办结	1. 可通过信息共享渠道获取病历资料或生育信息的，或线上提交电子版病历资料的，可无需提供纸质版病历资料； 2. 合并支付的一次性提供材料； 3. 特殊情况可要求提供病历中的佐证资料，已确诊怀孕的参保人单独申领产前检查费待遇可无需提供诊断证明或门诊病历； 4. 办理男职工未就业配偶生育医疗费报销的，需提供《男职工未就业配偶承诺书》； 5. 参保人/代办人需提供报销人的银行卡信息，包括银行账号、户名、开户支行名称。	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765号）第二十条。
		20	生育医疗费支付	002036007002			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10个工作日（但遇到年度高峰期，系统大面积停机升级、单次受理金额大于5万元，需核实票据、疑难件等少数情况，仍为20个工作日内办结。）	申请—受理—审核—拨付—办结		
		21	计划生育医疗费支付	002036007003			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10个工作日（但遇到年度高峰期，系统大面积停机升级、单次受理金额大于5万元，需核实票据、疑难件等少数情况，仍为20个工作日内办结。）	申请—受理—审核—拨付—办结		
		22	生育津贴支付	002036007004			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8个工作日	申请—受理—审核—拨付—办结		

主项	主项编码	子项序号	子项	子项编码	孙项序号	孙项	办理材料	办理时限	办理环节	备注	设定依据
八、医疗救助对象待遇核准支付	00203600800Y	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	002036008001			第三方机构提供的医疗救助对象名册或变动情况名单	获取共享数据由经办机构自动办理。	数据共享—办理—申请财政补助—办结	按照认定部门提供的救助对象名单进行身份标识并资助救助对象参保缴费，无需参保人发起。	1.《社会救助暂行办法》（国务院令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暂行办法>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	002036008002			1.《医疗救助申请表》 2.定点医疗机构处方或定点药店购药发票、基本医保和大病保险报销后的结算单（已在省内医保系统内有结算数据的，无需提供相关发票和结算单）	不超过15个工作日（但遇到年度高峰期、系统大面积停机升级、单次受理金额大于5万元、需核实票据、疑难件等少数情况，仍为20个工作日内办结。）	申请—受理—审核—拨付—办结	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由相关部门认定后报销。	
九、医药机构申请定点协议管理	00203600900Y	25	医疗机构申请定点协议管理	002036009001			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35个自然日	申请—受理—审核—办结	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	002036009002			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35个自然日	申请—受理—审核—办结	审核环节包括评估、公示、协商谈判、协议签订等。	
十、定点医药机构费用结算	00203601000Y	27	基本医疗保险定点医疗机构费用结算	002036010001			1.月度汇总数据表 2. 医疗保障基金结算清单或就医人员明细表（按医保结算信息系统规定的字段、记录规范）	不超过20个工作日	申请—受理—审核—拨付—办结		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	002036010002			1.月度汇总数据表 2. 购药人员明细表（按医保结算信息系统规定的字段、记录规范）	不超过20个工作日	申请—受理—审核—拨付—办结		

附件2

福建省医疗保障经办政务服务事项 参考样表

表1：基本医疗保险单位参保信息登记表

单位名称(公章)：			
统一社会信用代码：			
申请日期：			
申请参保医疗经办机构： <u> 医疗保障基金中心 </u>			
单位地址		邮 编	
单位类型	<input type="checkbox"/> 普通企业 <input type="checkbox"/> 国有企业 <input type="checkbox"/> 城镇集体企业 <input type="checkbox"/> 外商投资企业 <input type="checkbox"/> 机关 <input type="checkbox"/> 财政核 拨事业单位 <input type="checkbox"/> 财政定额补助事业单位 <input type="checkbox"/> 经费自给事业单位 <input type="checkbox"/> 社会团体 <input type="checkbox"/> 民办 非企业单位 <input type="checkbox"/> 其他_____		
法定代表人或负责人	姓名：	电话	
	身份证号码：		
单位经办人员	姓名：	电话	
	身份证号码：		
参保险种	<input type="checkbox"/> 医疗保险 <input type="checkbox"/> 生育保险 <input type="checkbox"/> 职工大额医疗费用补助 <input type="checkbox"/> 其他（_____）		
人 员 分 类		人 数	
在 职 职 工			
退 休 人 员			
机关事业单位、社会团体及国有企业填报以下信息			
批准成立信息	批准单位：		
	批准日期：	批准文号：	
主管部门或总机构名称			
隶属关系	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 中央属 <input type="checkbox"/> 省属 <input type="checkbox"/> 市属 <input type="checkbox"/> 县（区）属		
医疗保险经办机构审核意见（盖章）：			

备注：适用于单位新参保登记

表2：基本医疗保险单位注销登记表

单位名称：（公章）

申报日期：

医保单位编号：			
注销原因		对应项打“√”	备注
	注销营业执照	（ ）	
	吊销营业执照	（ ）	
	破产（关闭）	（ ）	
	兼（合）并	（ ）	
	分 立	（ ）	
	解 散	（ ）	
	撤 销	（ ）	
	批准或宣布终止	（ ）	
	迁往本统筹外	（ ）	
	其他原因	（ ）	
	说 明		
单位经办人		联系手机	
医疗保险经办机构审核意见（盖章）：			

备注：适用于单位注销

表3：基本医疗保险单位变更登记表

单位名称：（公章）

填表日期：

医保单位编号：				
变更事项		对应项打“√”	变更前事项	变更后事项
单位名称		（ ）		
住所（地址）		（ ）		
单位类型		（ ）		
法定代表人	姓名	（ ）		
	证件号码	（ ）		
	联系电话	（ ）		
单位经办 人员	姓名	（ ）		
	证件号码	（ ）		
	联系电话	（ ）		
统一信用代码		（ ）		
其他		（ ）		
备注				
医疗保险经办机构审核意见（盖章）：				

备注：适用于单位变更登记

表4: 职工基本医疗保险参保登记表

用人单位或代理单位全称: _____

医保单位编号: _____

申报日期: _____

身份证号码																		
姓 名						户口性质	<input type="checkbox"/> 城镇 <input type="checkbox"/> 农村											
出生日期	年 月 日					性 别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女											
民 族						参加工作时间	年 月											
通讯地址																		
手机号码						邮政编码												
登记险种:	<input type="checkbox"/> 医疗保险 <input type="checkbox"/> 生育保险 <input type="checkbox"/> 职工大额医疗费用补助 <input type="checkbox"/> 其他 (_____)																	
补缴申请	补缴险种			补缴工资基数			补缴起始时间:			补缴截止时间:								
	基本医疗保险						年 月			年 月								
	生育保险						年 月			年 月								
本次参保日期				年 月				参保身份										
备注																		
参保人员签章:				用人或代理单位:					医保中心:									
签字 (盖章)				签字 (盖章)					签字 (盖章)									
年 月 日				年 月 日					年 月 日									
参保人意见	<input type="checkbox"/> 中断超过3个月补缴	本人自愿申请补缴____年____月至____年____月中断期间的职工基本医疗保险费,并执行下述等待期待遇政策。																
	<input type="checkbox"/> 中断超过3个月不补缴	本人不愿补缴中断缴费年限医保费,并从____年____月开始续保,并执行下述等待期待遇政策。																

职工基本医疗保险、生育保险参保登记注意事项:

- 1、职工基本医保中断缴费期间参加当地城乡居民医保等其他国家规定医疗保障方式的,再次申请参加职工基本医保时可以免于补缴中断缴费期间的医保费,参加当地城乡居民医保的年限不作为职工基本医保累计缴费年限。
- 2、职工医保新参保或转移接续参保人员,参保申请当月缴费的医疗保险关系当月生效,申请次月缴费的医疗保险关系次月生效,申请补缴当月之前保费的,原则上医疗保险关系仅从当月生效。
- 3、职工医保关系转移接续前中断缴费3个月(含)以内,申请补缴中断期间保费的,医疗保险关系生效时间可往前追溯至上一个基本医保关系生效开始时间。
- 4、职工医保关系中断3个月(不含)以上,补缴中断期间职工医保费的参保人员和新参保的参保人员,从职工基本医疗保险关系生效当月开始设置3个月待遇享受等待期,等待期内按连续参保人员职工医保待遇的50%享受。职工医保关系转移接续前中断缴费且不补缴中断期间职工医保费的参保人员,从职工基本医疗保险关系生效当月开始设置6个月待遇享受等待期,等待期内按连续参保人员职工医保待遇的50%享受。
- 5、单位职工医保参保人申请补缴当月(含当月)之前保费的,医保经办机构统一按上年度我省全口径城镇单位平均工资的60%为基数补缴职工医保、生育保险,医保经办机构经办的其他险种或补充保险原则上不补缴。补缴基数低于参保人在用人单位工资的,用人单位应自行申请差额补缴申报。
- 6、参保人员办理退休时,累计缴费年限(含视同缴费年限)满25年,在本统筹区实际缴费年限满10年。

本人已认真阅读上述事项,了解并愿意按相关政策申请参保。

(内容由本人亲笔填写)

参保人(签字): _____ 年 月 日

表5:基本医疗保险职工参保关系变更登记表

申报单位（盖章）：

医保单位编号：

单位经办人：

联系手机：

申报时间：

序号	姓名	身份证号码	申报工资	变更类别					备注
				减员	终止参保	在职转退休	退休暂停	其他	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
医疗保险经办机构审核意见（盖章）：									

备注：适用于人员减员、死亡、退休等关系变更业务

表6:基本医疗保险参保信息变更登记表

中报单位(盖章):

医保单位编号:

单位经办人:

联系手机:

中报时间:

关键信息变更(身份证号码、姓名等)

非关键信息变更(手机号码、家庭住址等)

序号	姓名	身份证号码	变更事项	变更前	变更后	变更年月	签字	备注
1								
2								
3								
4								
5								
6								
医疗保险经办机构审核意见(盖章):								

备注:适用于人员证件号码、手机号等参保信息变更

表7:城乡居民医疗保险参保登记表

申请参保医疗经办机构: _____ 医疗保障基金中心

社区(村、居委会):

顺序号:

证件号码																
参保人姓名						证件名称	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 户口簿 <input type="checkbox"/> 居住证 <input type="checkbox"/> 港澳台通行证									
性 别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		出生年月	年 月		手机号码										
户籍所在地 (居住证登记地)	市		区县(市)			街道(乡镇)					社区(村、居委会)					
通讯地址																
申请人身份	<input type="checkbox"/> 1周岁以内新生儿															
	<input type="checkbox"/> 未就业的城乡居民															
	<input type="checkbox"/> 未就业的港澳台居民															
	<input type="checkbox"/> 在校学生															
	<input type="checkbox"/> 宗教教职人员及工作人员															
	<input type="checkbox"/> 其他															
申请人 或监护人	<p>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。</p> <p>(签字) _____ 年 月 日</p>															
收件审核	<p>经审核,符合城乡居民医保参保规定。</p> <p>经办人: _____ (受理单位盖章)</p> <p>复核人: _____ 年 月 日</p> <p>(受理单位指社区(村、居委会)或劳动站、医保中心按对象分别审核)</p>															

备注: 适用于城乡居民新参保登记

表9：异地就医登记备案表

姓名		性别		险种	<input type="checkbox"/> 职工医保 <input type="checkbox"/> 城乡居民医保
人员类别	<input type="checkbox"/> 异地安置退休人员			登记类别	<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 变更
	<input type="checkbox"/> 异地长期居住人员				
	<input type="checkbox"/> 常驻异地工作人员				
	<input type="checkbox"/> 异地转诊人员				
	<input type="checkbox"/> 其他临时外出就医人员				
身份证号码					
参保地联系地址				就医地联系地址	
联系电话1				联系电话2	
转往省（市、区）			地区（市、州）		
温馨提示					
<p>1. 跨省异地就医直接结算执行就医地规定的支付范围及有关规定，参保地规定的基本医疗保险基金起付标准、支付比例、最高支付限额、门诊慢特病病种范围等有关政策。</p> <p>2. 办理备案时直接备案到就医地市或直辖市。参保人员根据病情、居住地、交通等情况，自主选择就医地开通的跨省联网定点医疗机构住院就医。门诊就医时按照参保地异地就医管理要求选择跨省联网定点医药机构就诊。</p> <p>3. 到海南、西藏等省级统筹的省份和新疆生产建设兵团就医的，可备案到就医省份和新疆生产建设兵团。</p> <p>4. 异地急诊抢救人员视同已备案。</p> <p>5. 未按规定办理登记备案手续，或在就医地非跨省定点医疗机构发生的医疗费用，按参保地现有规定执行。</p>					
<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被委托人 签名				填表日期	

经办机构：

联系电话：

经办人：

经办日期：

表10：门诊慢特病病种待遇认定申请表

认定机构名称（盖章）：

年 月 日

姓名		性别		年龄		<input type="checkbox"/> 职工医保 <input type="checkbox"/> 城乡居民医保
身份证号码				联系电话		
选择定点医院				申请人签名		
申报病种名称	(此栏请按照标准病种名称填写)					
申报病种情况 (符合诊断标准项目)						
	医师签名： 年 月 日					
审批意见						
备注						

表11：医疗救助申请表

申请人基本情况	姓名	性别	身份 证件号码		
	家庭住址		联系电话		
申请救助对象类别	<input type="checkbox"/> 第一类：特困供养人员、孤儿（含事实无人抚养儿童）；				
	<input type="checkbox"/> 第二类：重点优抚对象、革命“五老”人员、计划生育特殊家庭成员、重度残疾人；				
	<input type="checkbox"/> 第三类：最低生活保障对象、农村易返贫致贫人员、脱贫（享受政策）人员；				
	<input type="checkbox"/> 第四类：最低生活保障边缘家庭成员；				
	<input type="checkbox"/> 第五类：因病致贫家庭重病患者。				
银行账户及开户行					
申请医疗费用信息（如我省系统已有基本医疗、大病保险数据，可直接提取核对使用）					
住院费用	结算		住院总费用（元）		医保
	次数				清单
门诊费用	结算		门诊总费用（元）		医保
	次数				清单
申请人（代办人）承诺	本人保证符合此业务办理条件，所述信息真实，由此产生的一切法律责任均由本人承担。				
	申请人（代办人）签名：_____				
	申请日期：_____ 年 月 日				
相关部门认定意见					
	认定部门（盖章）：_____ 年 月 日				
经办机构意见	经审核，本次予以医疗救助 _____ 元。				
	科室审核：	复核：	初审：		
	年 月 日				
备注	1. 此表用于第一至四类人员医疗待遇未实现“一站式”结算及第五类人员申请医疗救助；				
	2. 第五类人员此表需认定部门确认盖章。如认定部门有提供盖章的确认名单或报告，可用名单或报告替代。				

定点医疗机构申请表 (参考样表)

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

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

大型医疗设备信息	品种	型号及数量	购买年月	有效期
申请承诺	<p>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。</p> <p>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管理的各项要求。</p> <p>法定代表人签字： _____ （单位盖章）</p> <p style="text-align: right;">_____ 年 月 日</p>			
联系人			联系电话	

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。

定点零售药店申请表 (参考样表)

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

药店名称		药店地址							
统一社会信用代码		药品经营许可证号							
所有制形式		药店性质							
药店许可经营范围		直营 <input type="checkbox"/> 加盟 <input type="checkbox"/> 单体 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/>							
营业面积 (平方米)		基本账户 开户银行及账号							
上级公司名称		上级公司地址							
法定代表人		姓名: _____ 联系电话: _____ 身份证号码: _____							
是否独立法人		是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>							
企业负责人		姓名: _____ 联系电话: _____ 身份证号码: _____							
实际控制人		姓名: _____ 联系电话: _____ 身份证号码: _____							
药师配置情况	姓名	性别	年龄	技术资格	发证日期	证书编号	注册地	劳动合同 有效时限	
医保管理工作负责人		联系电话							
医保管理工作专职人数		医保管理工作兼职人数							
医保管理人员		姓名	身份证号码	专(兼)职	劳动合同有效时限				
申 请 承 诺	<p>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。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。</p> <p style="text-align: center;">法定代表人签字: _____ (单位公章)</p> <p style="text-align: center;">_____ 年 月 日</p>								
联系人			联系电话						

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。

**表14: 定点医疗机构费用结算申报表
(月度汇总数据)**

申请日期: 年 月 日

单位: 元, 人次

定点医疗机构代码			定点医疗机构名称 (盖章)				
申报起止日期	年 月 日至 年 月 日		定点医疗机构归属统筹区				
就医地类别	申报合计		医疗总费用	基金支付合计	账户支付合计	现金支付合计	备注
	人次	金额					
合 计							
结算申请人:			医保办负责人:				
经办机构意见:							

备注: 本表限定定点医疗机构在经办窗口办理费用结算使用

表15：就医人员明细表

机构代码：

机构名称（盖章）：

申报起止时间： 年 月 日至 年 月 日

申报日期： 年 月 日

序号	定点机构代码	定点医疗机构名称	定点归属医保区划	就诊人姓名	就诊人证件号码	险种类型	参保所属区划	就诊凭证	退费标志	结算ID	结算时间	医疗类别	医疗费总额	现金支付金额	基金支付总额	账户支付总额

备注：1. 本表限定医疗机构在经办窗口办理费用结算使用；2. 单位：元

**表16：定点零售药店费用结算申报表
(月度汇总数据)**

申请日期： 年 月 日

单位：元，人次

定点零售药店代码			定点零售药店名称 (盖章)				
申报起止日期	年 月 日至 年 月 日		定点零售药店归属统筹区				
就医地类别	申报合计		医疗总费用	基金支付合计	账户支付合计	现金支付合计	备注
	人次	金额					
合 计							
结算申请人：				业务负责人：			
经办机构意见：							

备注：本表限定点零售药店在经办窗口办理费用结算使用

表17：购药人员明细表

机构代码：

机构名称（盖章）：

申报起止时间： 年 月 日至 年 月 日

申报日期： 年 月 日

序号	定点零售 药店代码	定点零售 药店名称	定点归属 医保区划	购药人 姓名	购药人证 件号码	险种类 型	参保所 属区划	购药凭证	退费标 志	结算ID	结算时 间	医疗类 别	医疗费 总额	现金支 付金额	基金支 付总额	账户支 付总额

备注：1. 本表限定零售药店在经办窗口办理费用结算使用；2. 单位：元

表18：男职工未就业配偶承诺书

_____ 医保中心：

本人姓名：_____，身份证号：_____；

配偶姓名：_____，身份证号：_____，于_____年
月 日分娩，未享受生育保险待遇。配偶生育当年未就业未参加新型村合作
医疗或城镇居民基本医疗保险，现申请按规定结算此次分娩住院医疗费用待
遇。

本人承诺以上及所提交材料真实有效，愿意承担因此造成的一切法律后果。

承诺人（签名、手印）：_____

_____年____月____日

信息公开类型：主动公开

抄送：国家医疗保障局。

福建省医疗保障局办公室

2023年12月29日印发
