西藏自治区医疗保障经办政务服务事项清单

参考样表

基本医疗保险单位参保信息登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □新参保登记 □暂停登记 □注销登记 □拆分合并分立 | | | | | | | | | | | | |
| 单位名称 | |  | | | | | | | | | | |
| 现统一社会信用代码 | | |  | | | | | | | | | |
| 通讯地址 | |  | | | | | | | | | | |
| 单位性质 | |  | | | | | | | | | | |
| 法定代表人 | | 姓名 | | |  | | | | | 联系电话 | |  |
| 身份证号码 | | |  | | | | | | | |
| 开户银行 | |  | | | | | 开户名称 | | |  | | |
| 银行帐号 | |  | | | | | | | | | | |
| 经办  人员 | 姓名 |  | | | | | 所在部门 | | |  | | |
| 手机号码 |  | | | | | 联系电话 | | |  | | |
| 参保  险种 | □城镇职工基本医疗保险 □生育保险 □公务员医疗补助  □其他（） | | | | | | | | | | | |
| **机关事业单位及社会团体填报以下信息** | | | | | | | | | | | | |
| 经费来源 | |  | | 主管部门 | | |  | | | | | |
| 核编人数（含纪检、军转） | | |  | | | 退休人数 | |  | | | | |
| 机关在编人数 | |  | | 公务员人数 | | |  | | 后勤服务人数 | |  | |
| 参公在编人数 | |  | | | | | 事业在编人数 | | | |  | |
| 参保单位  声 明 | | 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 | | | | | | | | | | |
| 经办机构  意 见 | | 经审核，同意申报单位办理以下社会保险登记： □公务员医疗补助 □城镇职工基本医疗保险 □生育保险 □其他（）  经办人签字： 经办机构（盖章） 年 月 日 | | | | | | | | | | |

职工基本医疗保险参保登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参保类别 | □单位职工□个体工商户和灵活就业人员 | | | |  | |
| 个人编号 |  | | | |
| 姓名+拼音 |  | | | |
| 身份证号 |  | | | |
| 性 别 | □男□女 | | | |
| 出生日期 |  | | | |
| 参工时间 |  | | | |
| 原参保单位 |  | | | |
| 户籍地址 |  | | | 邮政编码 | |  |
| 手机号码 |  | | | 缴费基数 | |  |
| 户籍性质 | □西藏非农户□西藏农业户□港澳台人员  □外地非农户□外地农业户□外籍人士 | | | | | |
| **单位职工填写以下信息** | | | | | | |
| 工作单位名称 |  | | | | | |
| 单位编码 |  | | 单位类型 | | □机关□事业□企业 | |
| 行政职务或专业技术职务 | | |  | | | |
| 参保人员身份 | □非公务员□公务员□参公管理人员 | | | | | |
| 身份证明复印件 正反面粘贴处 | | | | | | |
| 参加的险种 | □城镇职工基本医疗保险□生育保险  □公务员医疗补助□其他（） | | | | | |
| 参保人  （签字盖章）  年 月 日 | | 参保单位  （签字盖章）  年 月 日 | | | 医疗保险经办机构  （签字盖章）  年 月 日 | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 身份证件类型 |  | |
| 身份证件号码 |  | | | | |
| 性别 | □男 □女 | 出生日期 | 年 月 | 联系电话 |  |
| 户籍所在地（居住证登记地） | 省 市 区县（市） 街道（乡镇） | | | 村（社区） |  |
| 通讯地址 |  | | | | |
| 申请人身份 | ( □中小学儿童 □大学生 □无业成年人等) | | | | |
| 财政补助对象 | ( □低保 □重残 □低收入等) | | | | |
| 申请人或监护人 | 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 | | | | |
| 收件审核 | □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 | | | | |

城乡居民基本医疗保险参保登记表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本医疗保险参保单位信息变更登记表 | | | | |
| 单位编码： | | |  | |
| 原登记事项 | | | 变更事项 | |
| 单位名称 | | | 单位名称 | |
| 住所（地址） | | | 住所（地址） | |
| 单位类型 | | | 单位类型 | |
| 法定  代表人（负责人） | 姓名 |  | 姓名 |  |
| 身份证件号码 |  | 身份证件号码 |  |
| 联系  电话 |  | 联系  电话 |  |
| 缴费  单位 经办人 | 姓名 |  | 姓名 |  |
| 联系  电话 |  | 联系  电话 |  |
| 开户  银行 | 户名 |  | 户名 |  |
| 账号 |  | 账号 |  |
| 开户行 |  | 开户行 |  |
| 其他 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 备注 |  | | | |
| 办理单位审核意见：  办理人: （盖章）  年 月 日 | | | 受理机构审核意见：  办理人: （盖章）  年 月 日 | |

注：此表内容中不须变更的内容，不必填写。

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 | 身份证件号码 | | 姓名 | | 变更项目 | | 变更前 | | 变更后 | | 签字 | 备注 |
| 1 |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |
| 2 |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |
| 3 |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |
| 4 |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |
| 5 |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |
| 单位经办人  或本人  （签章） | |  | | 单位意见  （盖章） | |  | | 经办机构  意见 | |  | | |

备注：1.灵活就业人员无需单位盖章和填写单位信息；

2.涉及关键信息的变更，如姓名、身份证号码、参工时间，与原参保信息出入较大的，须提供相关佐证材料。

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

职工基本医疗保险个人账户一次性支取申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参保人基本情况 | | | | | |
| 姓名 |  | | 身份证件号码 |  | |
| 支取原因 | □辞职 □调动 □票据支现 □其他 | | | | |
| 工作单位名称 |  | | | | |
| 银行账号(Ⅰ类卡) |  | | | | |
| 开户行名称 |  | | | | |
| 联行行号 |  | | | | |
| 死亡人员及其他特殊情形（开除公职）人员填写以下信息 | | | | | |
| 姓名 |  | | 联系电话（专管员） |  | |
| 身份证号码 |  | | 工作单位（盖章） |  | |
| 单位银行账号（基户） |  | | | | |
| 单位开户行名称 |  | | | | |
| 单位账户全称 |  | | | | |
| 联行行号 |  | | | | |
| 有关款项汇入所填报单位指定银行账户，分配事宜自行解决，由此产生的法律纠纷由参保单位自行负责。  签字（单位专管员）： 年 月 日 | | | | | |
| 被委托人基本情况（如无被委托人，无需填写） | | | | | |
| 姓名 |  | 身份证  号码 |  | 联系电话 |  |
| 备注 |  | | | | |

年 月 日

基本医疗保险关系转移接续申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **参保人员信息** | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | |  | | 性别 | | |  | | | 年龄 | |  | |
| 身份证件号码 | |  | | | | | 联系电话 | | |  | | | |
| 户籍地址 | |  | | | | | | | | 户籍类型 | | □居民 | |
| □农业 □非农业 | |
| □台港澳 □外籍 | |
| 联系地址 | |  | | | | | | | | 邮政编码 | |  | |
| 现参加的基本医疗保险类型 | | □职工医保□城乡居民医保□其他（请说明） | | | | | | | | | | | |
| **转出地医疗保障经办机构信息** | | | | | | | | | | | | | |
| 机构名称 |  | | | | | 联系电话 | |  | | | 行政区划代码 | |  |
| 机构地址 |  | | | | | | | | | | 邮政编码 | |  |
| **申请人信息（若参保人办理，则不需填写）** | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | | 身份证件号码 | |  | | 与参保人关系 | |  | | 联系电话 | |  |
| 联系地址 |  | | | | | | | | | | 邮政编码 | |  |

编号：(西藏自治区)(区本级)(2020年)(第XXXX号)

申请人（签字）： 申请时间： 年 月 日

基本医疗保险关系转移接续联系函

（此表由转入地医疗保障经办机构填写并提供给转出地医疗保障经办机构）

编号：(西藏自治区)(区本级)(2020)(第XXXX号)

转出地医疗保障经办机构名称：

原在你处的参保人员，因流动就业等原因，现申请将其基本医疗保险关系转移至我处。若无不妥，请按相关规定办理转移手续。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **参保人员信息** | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | | 性别 |  | | 年龄 |  | | 联系电话 | |  | |
| 身份证件号码 |  | | | 户籍类型 | | | □居民 | | | | | |
| □农业 □非农业 | | | | | |
| □台港澳 □外籍 | | | | | |
| 是否需要转移个人账户 | | □是 □否 | | | | | | | | | | |
| 现参加的基本医疗保险类型 | | □职工医保□城乡居民医保□其他（请说明） | | | | | | | | | | |
| **转入地医疗保障经办机构信息** | | | | | | | | | | | | |
| 开户全称 |  | | | | 开户银行行号 | | |  | | | | |
| 开户银行 |  | | | | 银行账号 | | |  | | | | |
| 机构地址 |  | | | | 邮政编码 | | |  | | 行政区划代码 | |  |

经办人： 转入地医疗保障经办机构名称（章）：

联系电话： 日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 2018年3月至2020年6月 | | 职工基本医疗保险 | | 28 | 西藏自治区医疗保障局医疗保障服务中心 | | 549900 | |  | |
| 2 |  | |  | |  |  | |  | |  | |
| 3 |  | |  | |  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  |  | |  | |  | |
| ... |  | |  | |  |  | |  | |  | |
| 基本医疗保险个人账户实际转出资金 | | | | | 小写 | ￥ | | 大写 | |  | |
| 经办人（签章）：联系电话： 医疗保障经办机构（章）： 日期：年 月日 | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本医疗保险参保凭证 | | | | | | | | | | |
| 凭证号：(西藏自治区)（区本级)(2020年)(第XXXX号) | | | | | | |  | | | 生成日期：年月日 |
| **基 本 信 息** | | | | | | | | | | |
| 参保人 | 姓名 | |  | | 身份证件号码 | | |  | | |
| 户籍所在地 | |  | | | | | | 户籍类型 |  |
| **参 保 信 息** | | | | | | | | | | |
| 基本医疗保险类型 | | 城镇职工基本医疗保险 | | | 转出地 | | | 西藏自治区区本级医疗经办机构 | | |
| 参保时间 | | 起： 年 月 | | | 其中：累计实际缴费月数 | | | 月 | | |
| 止： 年 月 | | |
| 个人账户余额 | | （大写） （小写）￥ | | | | | | | | |
| **转 出 地 医 疗 保 险 经 办 机 构 信 息** | | | | | | | | | | |
| 机构名称 | 西藏自治区XXXXXX中心（盖章） | | | | | | | | | |
| 地址 | 西藏自治区XXXXXXX | | | | | | | | | |
| 行政区划代码 | 549900 | | | 邮政编码 | | 850001 | | | | |
| 联系人 | XXXX | | | 联系电话 | | 0891-XXXXXXXX | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **注 意 事 项：** | | | | | | | | | | |
| 1．本凭证是根据国家有关规定制发，是参保的权益记录以及申请办理基本医疗保险关系转移接续的重要凭证，请妥善保存； | | | | | | | | | | |
| 2．跨统筹地区流动就业人员，有接收单位的，将此凭证交由单位按照规定办理参保手续； | | | | | | | | | | |
| 3．其他跨统筹地区流动就业人员，应携带此凭证及有效证件在3个月内到指定办理机构办理相关登记手续； | | | | | | | | | | |
| 1. 本凭证如不慎遗失，请与出具此凭证的医疗保障经办机构联系，申请补办； 2. 西藏自治区暂不支持医疗保险个人账户余额的转移，医疗保险个人账户余额的参保人员应提前办理支现业务。 | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 备案编号： | | | | | | | | | | |
| 异地就医登记备案表 | | | | | | | | | | |
| 姓 名 | |  | 性 别 | |  | | 险种 | | □职工医保 □城乡居民医保 | |
| 人员类别 | | □异地安置退休人员  □异地长期居住人员 □常驻异地工作人员 □异地转诊人员  □其他： | | | 登记类别 | | □新增 □变更 | | | |
| 身份证件号码 | |  | | | | | | | | |
| 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) | |  | 县（区） | | |  |
| **温馨提示**  1．跨省异地就医执行**就医地**目录、**参保地**起付线、封顶线及支付比例。因各地目录差异，直接结算与回参保地报销可能存在待遇差，属于正常现象。  2．办理备案时直接备案到就医地市或省份。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定点医疗机构住院就医。  3．到北京、天津、上海、重庆、海南、西藏和新疆生产建设兵团就医，备案到就医省份即可。  4．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，按参保地现有规定办理。 | | | | | | | | | | |
| □本人 □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： | | | | | | | | | | |

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 |  | □职工医保  □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 |  | | | 医保编码 |  | |
| 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 |  | | | | | |

城乡居民基本医疗保险“两病”门诊用药认定表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 姓名 |  | 性别 |  | | 年龄 |  | | 类别 | |  | 照片 |
| 个人编码 |  | 身份证号码 | | |  | | | | | |
| 参保单位 |  | | | | | | | | | |
| 申请病种 |  | | | | | | 本人签名 | | | |  |
| 诊疗意见 | 诊断 |  | | | | | | | | | | |
| 治疗方案及药品名称 |  | | | | | | | | | | |
| 主治医生签名 |  | | | 专家签名 | | | | |  | | |
| 医  院医 保 办 意 见 | |  |  | | --- | --- | | 申请病种： | | | □ CXMZLB001  □ CXMZLB002  □ CXMZLB003 | 高血压（门诊两病）  糖尿病（门诊两病）  高血压和糖尿病（门诊两病） | | 审核认定意见： | |   治疗期限： 年 月 日至 年 月 日  签章 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 备  注 | |  | | --- | | 1、本表在医院领取   1. 2、本表一式两份，经医院医保办审批后参保人员留一份，医院存档一份   3、治疗终结前10天请再次填写申请表，附相关检查，化验单报医保中心审批 | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  |  | 险种： | 职工（含公补）□居民□ |
| 直接支付参保人员（单位）基本医疗保险医疗待遇信息表 | | | | | | |
| 参保单位（名称）： | | | |  |  | |
| **参保人基本信息** | | | | | | |
| 姓名 |  | | | 身份证号 |  | |
| **银行账户信息** | | | | | | |
| 账户名 | | | | 账 号 | 开户行名称 |  |
|  | | | |  | 联行行号 |  |
| 银行账户持有人与参保人关系 | | | | 银行账户持有人身份证号码 | 联系电话(手机号码) | |
| 本人□ | | 单位□ | |  |  | |
| 1.本表银行账户信息由参保人员本人、参保单位专管员提供，对其真实性、准确性、合法性负责，由于信息有误造成经济损失或经济纠纷，一切责任由信息提供者承担；2.银行账户必须具备“银联”功能，建议开通信息提示功能；3.本表银行账户信息系个人隐私，各级经办人员严格依法依规保密，不得泄露；4.参保人员医疗待遇转入本人所属账户，参保人员去世后医疗待遇转入参保单位账户由参保单位支付给法定继承人。两定点医药机构医疗待遇转入单位账户；5.申请报销医疗费期间银行账户发生变化，及时重新填报本表，否则后果自理；6.“险种”指城镇职工（含公务员补助医疗保险。 | | | | | | |
| 提供日期： 年 月 日 | | | | | 申请人签字（手印）： | |

生育保险待遇申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 职工姓名 |  | 身份证 |  | 单位名称 |  |
| 配偶姓名 |  | 身份证 |  | 单位名称 |  |
| 职工参保时间 |  | | 产前上一个月缴费基数 |  | |
| 单位最后一次申报时间 |  | | | | |
| 参保职工本人签字 |  | | | 联系电话 |  |
| 单位经办人员签字 |  | | | 联系电话 |  |
| 单位人事部负责人签字 |  | | | | |
| 单位开户户名、单位账号（必填） |  | | | | |
| 单位开户行、联行号（必填） |  | | | | |
| 单位意见 | 单位公章 年 月 日 | | | | |

医疗救助申请卡

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人基本情况 | 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 身份证号码 |  | |
| 家庭住址 |  | | | | 村（社区） |  | 联系电话 |  |
| 申请求助对象类别 | | □低保 □特困供养人员 □重度残疾人 □孤儿 □低收入对象  □其他 | | | | | | | |
| 申请原因 | |  | | | | | | | |
| 申请人授权 | | 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 | | | | | | | |
| 民政部门意见 | |  | | | | | | | |
| 经办机构意见 | |  | | | | | | | |
| 备注 | |  | | | | | | | |

申请人： 年 月 日

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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_证明，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

基本医疗保险在职人员增减统计表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称（盖章） | |  | | | | |
| 单位负责人 | |  | 单位编码 | |  | |
| 单位经办人 | |  | 联系电话 | |  | |
| 序号 | 姓名 | 身份证号码 | 增加（减少） | | 月缴费基数 | 原因 |
| 1 | 例：张三 | 540102198801014677 | 增加 | 2020.06.01 | 4689 | 新录用 |
| 2 | 李四 | 540201198801014688 | 减少 | 2020.05.31 | 0 | 辞职 |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |

上年度职工月平均工资： 制表时间： 年 月 日

注：1.停保时间按照最后一个缴费月的最后一天执行；

2.参保时间按照第一个缴费月的第一天执行；

3.月缴费基数不得低于当年公布上年度社会平均工资的60%；

4.月缴费基数不得高于当年公布上年度社会平均工资的300%；