附件2

广西医疗保障经办政务服务事项清单样表

表1

单位参保登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称（章） |  | | | | | | | | | | | |
| 统一社会信用代码 |  | | | | | 单位编号（经办机构填写） | | | | | |  |
| 登记类型 | 新参保□　 　统筹范围转入□　 跨统筹范围转入□  单位分立□　　 单位合并□　 　　其他□ | | | | | | | | | | | |
| 单位类型 | 机关□ 事业□ 企业□ 社团□ 民办非企业□ 其他□ | | | | | | | | | | | |
| 事业单位性质 | 行政类□ 益一类□ 公益二类□ 公益三类□ 生产经营类□  未完成分类改革□ 社会团体□ 其它□  参照公务员管理 是□　否□ | | | | | | | | | | | |
| 事业单位  经费来源 | 全额拨款□　 差额拨款□　 自收自支□ | | | | | | | | | | | |
| 企业经济类型 | 国有□ 是否中区直国有或国有控股企业 是□否□  集体□ 私营□ 个体□ 联营□ 股份制□ 外商投资□  港澳台□ 其他□ | | | | | | | | | | | |
| 主管部门或  总机构名称 |  | | | | | | | | | | | |
| 隶属关系 | 中央□ 省（自治区）□ 市□ 县（市、区）□ 部队□ 其他□ | | | | | | | | | | | |
| 单位法定  代表人或负责人 | 姓名 |  | | | | | 办公电话、手机 | |  | | | |
| 证件名称 |  | | | | | 证件号码 | |  | | | |
| 单位专管员 | 姓名 |  | | | | | 办公电话、手机 | |  | | | |
| 单位注册地址 |  | | | | | | | | 邮编 | |  | |
| 单位通讯地址 |  | | | | | | | | 邮编 | |  | |
| 单位银行信息（征缴银行） | 基本户银行信息 | | 开户银行 |  | | | | | | | | |
| 开户名 |  | | | | | | | | |
| 银行账号 |  | | | | | | | | |
| 单位银行信息（征缴银行） | 零余额账户 | | 开户银行 |  | | | | | | | | |
| 开户名 |  | | | | | | | | |
| 银行账号 |  | | | | | | | | |
| 单位银行信息（支付银行） | | | 开户银行 |  | | | | | | | | |
| 开户名 |  | | | | | | | | |
| 银行账号 |  | | | | | | | | |
| 缴费方式 | 电子托收□ 银行转账□ 税务代征 □ | | | | | | | | | | | |
| 参加  险种  及时间 | 险种 | | | | 费率 | | | 是否参保 | | 开始时间 | | |
| 城镇职工基本医疗保险 | | | |  | | |  | |  | | |
| 大额医疗费用统筹 | | | |  | | |  | |  | | |
| 公务员补助（自缴） | | | |  | | |  | |  | | |
| 公务员补充资金（自缴） | | | |  | | |  | |  | | |
| 单位  承诺 | **以上项目填写真实，若与实际情况不符，愿承担责任。**  单位经办人： 单位负责人：  日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 备 注 |  | | | | | | | | | | | |

备注：1.企业仅需在为职工办理参保登记时填写单位开户银行账号等信息。

2.同时参加机关事业单位养老保险的单位缴费方式须选择税务代征。

表2

单位注销登记表

单位名称（章） 单位编号：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 统一社会信用代码 | | |  | | |
| 批准解散、破产、撤销、合并或宣布终止等文件名称 | |  | | 批准或宣布日期 |  |
| 注销原因 | 注销营业执照 □ 破产（关闭）□ 解散 □  撤销□ 合并□ 终止□ 其他□ | | | | |
| 单  位  承 诺 | **以上项目填写真实，若与实际情况不符，愿承担责任。**  单位经办人及电话： 单位负责人  日期： 年 月 日 | | | | |
| **备注：**经办机构受理前业务系统核验情况：  1.单位是否有欠费：是□ 否□；  2.是否有参保缴费人员：是□ 否□；  3.是否有领取待遇人员：是□ 否□。  以上三种情况均为“否”时，可受理注销登记申请；存在3种情况之一的，参保单位需清理欠费、办理人员停保及转出才能申请办理注销登记。 | | | | | |

时间： 年 月 日

表3

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位职工医疗保险增员申报表 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 单位名称（盖章）： 单位编号： 填报日期: 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 序号 | | 个人编号 | 姓名 | 身份证 号码 | | 性别 | 民族 | 出生日期 | | 参加工作日期 | 公务员标志 | 是否财政拨款人员 | 固定电话 (区号+号码) | | 移动 电话 | 通信地址 | | 邮政编码 | 人员增加情况 | | | | | 险种 | | | | | | | 备注 | |
| 变更原因 | | 变更 年月 | 申报 工资 | | 基本医疗 | | 大额统筹 | 公务员补助（自缴） | | 公务员补充资金（自缴） | |
|
|
|  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  | |
|  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  | |
|  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  | |
|  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  | |
| 单位负责人： 单位经办人： 经办人联系电话：  **温馨提示：** 1.变更原因有：新招录、调入、单位合并等原因依法增加人员； 2.变更年月填写开始发工资的当月，申报工资按国家统计局关于工资口径计算申报； 3.聘用港澳台或者外国人的，还需提供就业证，收复印件； 4.本表所有项目必须填写完整，申报本表的同时必须报电子版（excel格式）一份，本表一式一份，经办机构留存。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 表4  单位职工医疗保险减员申报表 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 单位名称（盖章）： 单位编号： 填报日期: 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 序号 | | 个人编号 | | | | 姓名 | | | | 身份证号码 | | | | | 性别 | | | 人员减员情况 | | | | | | 险种 | | | | | | | | | 备注 | |
| 变更原因 | | | 变更年月 | | | 基本医疗 | | 大额统筹 | | | 公务员补助（自缴） | | 公务员补充资金（自缴） | |
|
|  | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |
|  | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |
|  | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |
|  | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |
|  | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |
|  | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |
|  | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |
|  | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |
| 单位负责人： 单位经办人： 经办人联系电话： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **温馨提示：** 1.变更原因有：工作调动、因个人原因解除劳动合同、因单位原因解除劳动合同、死亡、出国定居等； 2.变更年月填写停发工资的当月； 3.本表所有项目必须填写完整，申报本表的同时必须报电子版（excel格式）一份，本表一式一份，经办机构留存。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

表5

灵活就业人员医疗保险申报表

填报日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 性别 | |  | 出生年月 | |  | | |
| 身份证号码 | |  | | | | 联系电话 | |  | | |
| 联系地址 | |  | | | | | | | | |
| **停保**□ | | | | | **新（续）参保**□ | | | | | |
| 原因 | 单位参保□ 参加居民医保□  出国定居中□ 死亡 □ 其它□ | | | | 参加险种 | | 基本医保□ 大额统筹□ | | | |
| **变更参保方式** □ | | 统筹基金 → 统账结合 □ 住院保险 →统账结合□ | | | | | | | | |
| 代办人姓名 | |  | | 身份证号码 |  | | | | 关系 |  |
| **业务办理须知** | | | | | | | | | | |
| 1.灵活就业人员可选择按季、半年、年缴纳当年基本医疗保险费，要求在季、半年、年的第一个月足额缴费。  2.大额医疗费用统筹须每年1月底前缴纳。  3.每年基本医疗保险的缴费基数以上年度全区城镇单位在岗职工平均工资数据为准，请参保人员注意调整后的缴费金额;  4.灵活就业人员新参保或欠缴3个月以上的需足额缴费后第三个月才能享受待遇；  5.办理新参保、续保业务的需提供身份证、户口簿原件和复印件，不在户籍地参保的，还需提供居住证。  6.统筹基金、住院保险变更为账结合后，均不允许变更为其它参保方式；  7.查询个人缴费信息方式：  （1）自助一体机查询  （2）关注“广西医保”微信公众号  (3) 广西壮族自治区医疗保障局官网：<http://ybj.gxzf.gov.cn/> | | | | | | | | | | |
| **我承诺已认真阅读以上《业务办理须知》，如实填写《灵活就业人员医疗保险申报表》，并依照《业务办理须知》的要求办理社会保险业务。**  签名： | | | | | | | | | | |

表6

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 城乡居民基本医疗保险参保登记表 | | | | | | | | | |
|  | | | |  |  | 登记日期: 年 月 日 | | | |
| 户主姓名 |  | | | 性别 |  | 户口簿编号 （户号） |  | | |
| 身份证号码 |  | | | | | 户籍性质 |  | | |
| 户籍所在地 |  | | | | | 联系电话 |  | | |
| 家庭住址 |  | | | | | | 特殊人员人数 | |  |
| 参保年度 | （ ）本年度 （ ）上一年度 （ ）下一年度 | | | | | | | | |
| 开户银行（用于代扣代缴） |  | | | 银行（社保卡号）账户 | |  | | | |
| 参加城乡居民基本医疗保险人员基本情况登记 | 姓名 | 公民身份号码 | | | 性别 | 与户主关系 | 特殊人员类型 | | 备注 |
|
|  |  | | |  |  |  | |  |
|  |  | | |  |  |  | |  |
|  |  | | |  |  |  | |  |
|  |  | | |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | | |  |  |  | |  |
|  |  | | |  |  |  | |  |
| 填报人： 经办人（章）： 复核人（章）： 经办机构（盖章）: | | | | | | | | | |
| **填表说明：** | 此表以家庭为单位参保填写。 | | | | | | | | |
|  | 特殊人员类型分为：A.低保对象、B.重度残疾人、C.低收入家庭60周岁以上的老年人和未成年人、D.五保户、E.建档立卡的贫困人口、F.农村计生人员（农村落实计划生育政策的独生子女户和双女结扎户的父母及其子女）、J.边境0-20公里的城乡居民。 | | | | | | | | |
|  | 本表一式二份，填报人、经办机构各留存一份。 | | | | | | | | |

表7

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗保险在职转退休申报表 | | | | | | | | |
| 单位名称（盖章）： | | |  | 单位编号： |  |  | 填报日期： |  |
| 序号 | 个人编号 | 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 参加工作时间 | 退休时间 | 退休金 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 单位负责人： 单位经办人： 联系电话： | | | | | | | | |
| **温馨提示：**  1.单位编号和个人编号是指参加企业职工基本医疗编号(灵活就业人员不填写单位名称和单位编号）；  2.需提供：（1）基本养老保险退休待遇核定材料(《基本养老金核定表》或《机关事业单位基本养老保险参保人员基本养老金计发表》 或相关部门审批的退休费核定表，收复印件1份)；  （2）视同缴费年限材料(《领取基本养老金申请表》或人事档案等相关材料，验原件收复印件1份)；   3.本表一式一份，经办机构留存。 | | | | | | | | |
|
|
|
|

表8

单位信息变更登记表

单位名称（章）： 单位编号:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 变更事项 | | | | 变更前 | 变更后 |
| 单位名称 | | | |  |  |
| 统一社会信用代码 | | | 机关、事业、社会团体填写 |  |  |
| 单位类型 | | |  |  |
| 事业单位性质 | | |  |  |
| 事业单位经费来源 | | |  |  |
| 法定代表人或负责人 | | 姓 名 | |  |  |
| 证件名称 | |  |  |
| 证件号码 | |  |  |
| 办公电话、手机 | |  |  |
| 单位专管员 | | 姓 名 | |  |  |
| 办公电话、手机 | |  |  |
| 单位地址 注册□ 通讯□ | | | |  |  |
| 邮政编码 注册□ 通讯□ | | | |  |  |
| 银行信息 | 基本户□  零余额□ | | 开户银行 |  |  |
| 开户名 |  |  |
| 银行账号 |  |  |
| 支付账户□ | | 开户银行 |  |  |
| 开户名 |  |  |
| 银行账户 |  |  |
| 缴费方式 | | | |  |  |
| 险种变更 | | | |  |  |
| 单位承诺 | | | | **以上项目填写真实，若与实际情况不符，愿承担责任。**  单位经办人及电话： 单位负责人：  日期： 年 月 日 | |

**注：不变更的项目请不用填写；经自治区市场监督管理部门推送企业注册信息的可不提供相关材料。**

受理日期： 年 月 日

表9

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 职工参保信息变更登记申报表 | | | | | |
| 填报单位（盖章）： |  |  | 单位编号： |  | 填报日期： 年 月 日 |
| 个人编号 | 姓名 | 变更事项 | 变更前 | 变更后 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 单位负责人： 单位经办人： 经办人联系电话： | | | | |  |
| 温馨提示： |  |  |  |  |  |
| 1.单位编号和个人编号是指参加城镇职工基本医疗保险的编号； 2.变更姓名或身份证的提供居民身份证或派出所出具的变更证明复印件，核原件。 3.参保人员更改办公电话、移动电话、邮编、常住地详细地址、民族、性别的，单位申报不需提供附件材料；个人申报提供社会保障卡或居民身份证，验原件； 4.本表一式一份，经办机构留存。 | | | | | |

表10

医疗保险补缴申报表

填报单位（盖章）： 单位编号： 填报日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 个人编号 | 姓 名 | 身份证号码 | 补缴开始时间 | 补缴截止时间 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

单位负责人： 单位经办人： 经办人联系电话：

**温馨提示：**

1.机关事业单位在编人员补缴，单位应提供相应的调令（任职文件），收复印件（1份）及具有工资审批职责部门核定的工资表，收复印件（1份）；

2.企业职工、机关事业单位编外人补缴，单位应提供劳动合同或职工人事档案材料，（法院、仲裁院和劳动监察机构出具文书允许补缴的，提供相应文书，验原件收复印件（1份）；

3.本表所有项目必须填写完整，申报本表的同时必须报电子版（excel格式）一份，本表一式一份，经办机构留存。

表11

## 补缴社会保险个人申请办理表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 身份证号 | |  | | | | |
| 性 别 | □ 男 □ 女 | 入伍时间 | | 年 月 | | | 服役时长 | 共 个月 |
| 联系电话 |  | 退役时间 | | 年 月 | | | 政府安排  方式 | □ 岗位安置  □ 自谋职业 |
| 是否达到法定退休年龄 | □ 是 □ 否 | | | | | | | |
| 现户籍地址 |  | | | | | | | |
| 困难人员类型 | □ 最低生活保障对象 □ 特困人员□ 以上均不是 | | | | | | | |
| 单位名称 | □ 有安置单位 □ 无安置单位□ 原安置单位已不存在 | | | | | | | |
| 原安置单位 |  | | | | | | |
| 原安置单位  上级主管部门 |  | | | | | | |
| 现所在单位 |  | | | | | | |
| 退役军人事务部门审核结果 | 经核查， 同志于 年 月从 应征入伍，于 年 月以政府安排工作方式退出现役，服现役时长共计 （大写）个月，符合办理参保补缴条件。  经办人： （盖章）  年 月 日 | | | | | | | |
| 职工基本养老保险经办机构核查结果 | 经核查， 同志在异地参保时基本养老保险断缴 个月，在本地区参保时断缴 个月，总计 （大写）个月，结合其服役年限，实际应补缴 （大写）月。  补缴金额合计元，其中个人缴费部分金额为 元。  经办人： （安置地基本养老保险经办机构盖章）  年 月 日 | | | | | | | |
| 职工基本医疗保险经办机构核查结果 | 经核查， 同志在异地参保时，职工基本医疗保险断缴 个月，在本地区参保时断缴 个月，总计 （大写）个月，结合其服役年限，可补缴月数 （大写）月。达到法定退休年龄时，实际应补缴 （大写）月，补缴金额合计 元，其中个人缴费部分金额为 元。  经办人： （安置地基本医疗保险经办机构盖章）  年 月 日 | | | | | | | |
| 单位缴费能力认定 | □有缴费能力 | | | | | 审核意见：  经办人：  （盖章）  年 月 日 | | |
| □无缴费能力 理由： | | | | |
| 困难人员认定 | □ 最低生活保障对象 | | 户籍所在地民政部门审核意见：  经办人：  （盖章）  年 月 日 | | | | | |
| □ 特困人员 | |
| 个人签字 | 本人认可以上核查结果，并承诺三个月内完成个人缴费。  申请人签名并按手印： | | | | | | | |
| 达到法定退休年龄办理基本医疗保险相关手续时单位缴费能力和困难人员认定 | 单位缴费能力审核意见：  经办人：  （盖章）  年 月 日 | | | | 户籍所在地民政部门对困难人员身份的审核意见：  经办人：  （盖章）  年 月 日 | | | |
| 备注 |  | | | | | | | |

**注：补缴事项办结后，此表原件存于安置地退役军人事务部门，同时社会保险经办**

**机构、征收机构、民政部门复印留存；基本医疗保险参保不在安置地的，参保地医**

**疗保险经办机构一并复印留存。**

表12

参保人员个人账户一次性支取申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参保人基本情况 | 姓名 |  | 身份证  号码 |  | 个人编号 |  |
| 参保单位  名称 |  | | | | |
|  | 支取原因 | 死亡□ 出国定居□ 其他 □ | | | | |
| 银行信息 | 账户名称 |  | | | | |
| 银行账号 |  | | | | |
| 开户行 |  | | | | |
| 个人账户继承□ | 继承人  姓名 |  | 身份证  号码 |  | 与被继承人关系 |  |
| 被继承人单位意见 | 该同志系我单位职工，自 年 月起终止基本医疗保险关系，个人帐户资金按规定由其继承人继承。  单位（盖章）：    联系电话： 经办人： 年 月 日 | | | | |
| 继承人声明 | 本人已全额领取医疗保险个人帐户资金，继承所发生的法律纠纷由本人全权负责，与医保中心无关。  联系电话： 继承人（签名）： | | | | |
| 备注 |  | | | | |

**说明：**

一、个人账户继承

1.办理参保人员个人帐户资金继承申报，办理时继承人应提供被继承人死亡证明书（复印件）、被继承人与继承人关系证明（复印件）、继承人身份证（复印件）等相关材料；

2.如被继承人是灵活就业人员无参保单位的，被继承人单位意见不需要填；

3.提供的银行卡应填写继承人（或被继承人）的银行卡号（储蓄卡和存折）。

二、非继承个人账户支取

1.办理参保人员的新工作单位是公费医疗、出国定居和无医疗保险基金接续地的医疗保险个人帐户支付。

2.调入单位是公费医疗的，单位需提供相关说明。

3.出国定居提供注销中国国籍证明。

4.提供的银行卡仅限于本人银行账户。

表13

医疗保险批量转移名单

经办机构名称：

我单位 等 人要办理医疗保险转移事宜（选项内打“√”）

* 打印医疗保险缴费凭证
* 开具医疗保险接续函

名单附后：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 个人编号 | 姓名 | 身份证号码 | 备注 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

单位（盖章）：

年 月 日

表14

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本医疗保险关系转移接续联系函 | | | | | | | | | | |
| (此表由转入地医疗保险经办机构填写并提供给转出地医疗保险经办机构) | | | | | | | | | | |
| 编号： | （省份简称）（统筹区名）（年份）（第 号) | | | | | |  |  | | |
| 转出地经办机构名称： | | | | | | | | | | |
| 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 | |  | |
| 社会保障号 （公民身份号码） |  | | 户籍类型 | | □居民 | | | | | |
| □农业 □非农业 | | | | | |
| □港澳台 □外籍 | | | | | |
| 现参加的基本医疗保险类型 | | □职工医保 □城镇居民医保 □新型农村合作医疗 □城乡居民基本医保 □其他(请说明) | | | | | | | | |
| 是否需要转移个人账户 | | □是 □否 | | | | | | | | |
| **转入地医保经办机构信息** | | | | | | | | | | |
| 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(签章): |  | |  | 转入地医保经办机构名称(章): | | | |  | | |
| 联系电话: |  | |  |  | 日期: 年 月 日 | | | | | |
| 注:①已进行户籍改革的地区，选填居民；尚未进行户籍改革的地区，选填农业或非农业。 | | | | | | | | | | |
| ②本函一式两联。一联发给转出地经办机构，一联转入地经办机构留存。 | | | | | | | | | | |

表15

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参保人员基本医疗保险类型变更信息表 | | | | | | | | | |
| （此表由转出地医疗保险经办机构提供给转入地医疗保险经办机构） | | | | | | | | | |
| 参保人员姓名： | | | | 社会保障号： | |  | | 性别： |  |
| 公民身份号码： | |  | |
| 序号 | 时间 | | | 基本医疗保险类型 | 参保缴费月数 | 统筹地经办机构 | 统筹地经办机构 | | 备注 |
| 自 年 月至 年 月 | | | 小计 | 名称 | 行政区划代码 | |
| 1 | | | 2 | 3 | 4 | 5 | | 6 |
| 1 |  | | |  |  |  |  | |  |
| 2 |  | | |  |  |  |  | |  |
| … |  | | |  |  |  |  | |  |
| 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： | | 医疗保险经办机构（章） | | 日期： | 年 月 日 | |
| 转入地经办机构行政区划代码： | | |  | | 转入地经办机构名称： | |  | | |
| 注：1.时间：按发生变更的时间段先后顺序依次排列，如有中断，要分开记录；确保参保人员参保记录的完整和连续 | | | | | | | | | |
| 2.医疗保障类型：从以下五项中填写一项①职工医保；②城镇居民医保；③新农合；④城乡居民基本医保；⑤其他。若填写其他，需在备注说明。 | | | | | | | | | |
| 3.基本医疗保险个人账户实际转出资金是指本次基本医保关系转移时由转出地经办机构划转到转入地经办机构银行账户的参保人员个人账户实际资金。如因转续过程中计息等原因导致个人账户资金与原参保（合）凭证上记录不一致的，以信息表中数据为准。 | | | | | | | | | |
| 4.此表一式两联。转入地、转出地医疗保险经办机构分别留存。 | | | | | | | | | |

表16

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本医疗保险参保（合）凭证 | | | | | | | | | | |
| 凭证号: | （省份简称）（统筹区名）年份（第 号) | | | | | | | | 生成日期： 年 月 日 | |
| **基 本 信 息** | | | | | | | | | | |
| 参保人 | 姓名 | |  | | 身份证号（社会保障号） | | |  | 医疗保障编号 |  |
| 户籍所在地 | |  | | | | | | 户籍类型 |  |
| **参 保 信 息** | | | | | | | | | | |
| 基本医疗保险类型 | |  | | | 转出地 | | 广西壮族自治区 | | | |
| 参保（合）时间 | | 起： 年 月 | | | | | 其中累计实际缴费月数 | | 月 | |
| 起： 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 |  | | | | | | | （盖章） |  | |
| 地址 |  | | | | | | | | | |
| 行政区划代码 |  | | 邮政编码 | | |  | | | | |
| 联系人 |  | | 联系电话 | | |  | | | | |
| **填表说明:**  ①未将社会保障号作为职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险参保人唯一识别码的统筹地区填写医疗保障编号。  ②此表由参保人转出地医疗保险经办机构提供。 | | | | | | | | | | |
| **注 意 事 项** | | | | | | | | | | |
| 1、本凭证根据国家有关规定制发：是参保的权益记录，以及申请办理医疗保险关系转移接续手续的重要凭证，请妥善保存。 | | | | | | | | | | |
| 2、跨统筹地区流动就业人员，有接受单位的，将此凭证交由单位按照规定办理参保接续手续。 | | | | | | | | | | |
| 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。 | | | | | | | | | | |
| 4、本凭证如有不慎遗失，请与出具此凭证的机构联系，申请补办。 | | | | | | | | | | |

表17

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 军人退役医疗保险个人账户转移凭证 | | | | | | | | | | | | |
|  | |  |  | |  |  |  |  | |  | 编号： |  |
| 填制时间： 年 月 日 | | | | | | | | | | | 金额单位：元 | |
| 姓 名 |  | | 人员 类别 |  | | 职级 （档次） |  | 警衔 （档次） |  | | 入伍（工 作）时间 |  |
| 退役时 所在单位 |  | | | | | 接收单位 （接收安置地区） |  | | | | 社会保障号 |  |
| 缴费起始时间 | | |  | | | | 缴费截止时间 | | |  |  |  |
| 截止上年 末资金累 计 额 | | 项 目 | | | 金 额 | | 当年资金 累 计 额 | 项 目 | | | 金 额 | |
| 小 计 | | |  | | 小 计 | | |  | |
| 1.个人缴费 | | |  | | 1.个人缴费 | | |  | |
| 2.国家补助 | | |  | | 2.国家补助 | | |  | |
| 3.军龄补助 | | |  | | 3.军龄补助 | | |  | |
| 4.地方转入 | | |  | | 4.地方转入 | | |  | |
| 5.利息 | | |  | | 5.利息 | | |  | |
| 其中：个人缴费利息 | | |  | | 其中：个人缴费利息 | | |  | |
|  | | |  | |  | | |  | |
| 个人账户资金转移金额 | | | （大写）： | | | | | | | | ￥ | |
| 备 注 | |  | | | | | | | | | 转出地医疗保险机构名称 财务部门盖章 | |
| 长： | |  |  | |  | 经办人： |  |  | |  | 本人签名： |  |

表18

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参保人员基本医疗保险类型变更信息表 | | | | | | | | | |
| （此表由转出地医疗保险经办机构提供给转入地医疗保险经办机构） | | | | | | | | | |
| 参保人员姓名： | | | | 社会保障号： | |  | | 性别： |  |
| 公民身份号码： | |  | |
| 序号 | 时间 | | | 基本医疗保险类型 | 参保缴费月数 | 统筹地经办机构 | 统筹地经办机构 | | 备注 |
| 自 年 月至 年 月 | | | 小计 | 名称 | 行政区划代码 | |
| 1 | | | 2 | 3 | 4 | 5 | | 6 |
| 1 |  | | |  |  |  |  | |  |
| 2 |  | | |  |  |  |  | |  |
| … |  | | |  |  |  |  | |  |
| 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： | | 医疗保险经办机构（章） | | 日期： | 年 月 日 | |
| 转入地经办机构行政区划代码： | | |  | | 转入地经办机构名称： | |  | | |
| 注：1.时间：按发生变更的时间段先后顺序依次排列，如有中断，要分开记录；确保参保人员参保记录的完整和连续 | | | | | | | | | |
| 2.医疗保障类型：从以下五项中填写一项①职工医保；②城镇居民医保；③新农合；④城乡居民基本医保；⑤其他。若填写其他，需在备注说明。 | | | | | | | | | |
| 3.基本医疗保险个人账户实际转出资金是指本次基本医保关系转移时由转出地经办机构划转到转入地经办机构银行账户的参保人员个人账户实际资金。如因转续过程中计息等原因导致个人账户资金与原参保（合）凭证上记录不一致的，以信息表中数据为准。 | | | | | | | | | |
| 4.此表一式两联。转入地、转出地医疗保险经办机构分别留存。 | | | | | | | | | |

表19

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 广西基本医疗保险异地就医备案登记表 | | | | |
| 姓 名 |  | 险 种 | | 职工/城乡居民  （系统打印） |
| 身份证号码 |  | 个人编号 | |  |
| 参 保 地 | （系统打印） | 申报类型 | | 本人申报/委托代办（系统打印） |
| 备案类别 | 异地安置退休/异地长期居住/异地工作人员/异地转院/异地急诊（系统打印） | 登记类别 | | 新增/撤销/变更/变更门诊特殊慢性病定点医疗机构 |
| 异地联系地址 |  | | | |
| 联系电话1 |  | 联系电话2 |  | |
| 省份 （市、区） |  | 地区 （市、州） |  | |
| 门诊特殊慢性病 定点医疗机构 | 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| **温 馨 提 示**   1.自治区内异地就医执行参保地政策和参保地目录，直接结算待遇与参保地待遇基本相同。   2.跨省异地就医直接结算的住院医疗费用，执行就医地的目录，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。   3.未按规定办理登记备案手续，或在就医地非定点医疗机构发生的医疗费用，按参保地现有规定办理。  本人已知晓温馨提示内容，承诺所提供的材料属实。   本人/代办人签名：  年 月 日 | | | | |

表20

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 广西基本医疗保险转统筹地区外住院证明 | | | | |
| 姓 名 |  | 险 种 | □ 城镇职工 □ 城乡居民 |
| 社会保障  号码 |  | 社会保障  卡号 |  |
| 参 保 地 | □自治区本级   □ 市 县（市、区） | | |
| 联系电话1 |  | 联系电话2 |  |
| 转 往 省 （市、区） |  | 地 区 （市、州） |  |
| 转往医疗机构名称 |  | | |
| 临 床 诊 断 |  | | |
| 转出医疗机构病情介绍及转院理由：    科室主任： 年 月 日 经治医生： 年 月 日 | | | |
|
| 转出定点医疗机构医保科审核意见：     （盖章）    经办人： 年 月 日 | | | |
| **温馨提示：**  1.本表一式两联，由转出定点医疗机构填写。  2. 转诊人员应当从定点医疗机构出具转院证明之日起，5个工作日内到医疗保险经办机构办理备案手续，逾期需重新出具证明。   3.转院治疗从医疗保险经办机构办理转院备案之日起3个月内有效，如转院治疗超过3个月的，凭医疗机构继续治疗的疾病证明，到医疗保险经办机构重新办理转院备案。 | | | |

表21

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 广西基本医疗保险异地就医备案取消表 | | | | |
| 姓 名 |  | 险 种 | | 职工/城乡居民  （系统打印） |
| 身份证号码 |  | 个人编号 | |  |
| 参 保 地 | （系统打印） | 申报类型 | | 本人申报/委托代办  （系统打印） |
| 取消备案情形 | 回参保地居住/回参保地工作/参保地急诊住院/其他打印备注内容（系统打印） | | | |
| 在参保地定  点医疗机构  住院情况 | 已入院，入院时间： 年 月 日/未入院 | | | |
| 联 系 电 话1 |  | 联 系 电 话2 |  | |
| 取消备案省份 （市、区） |  | 取消备案地区 （市、州） |  | |
| 本人/代办人签名： 年 月 日 | | | | |

表22

广西基本医疗保险医疗费用申报表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 险 种 | | 职工/城乡居民  （系统打印） | |
| 身份证号码 |  | 个人编号 | |  | |
| 参 保 地 | （系统打印） | 申报类型 | | 本人申报/委托代办（系统打印） | |
| 医疗类别 | 门（急）诊医疗费用/急诊留观医疗费用/门诊特殊慢性病医疗费用/住院医疗费用（字样由系统打印） | | | | |
| 银行账号信息 | 银行账号 |  | | | |
| 开 户 名 |  | | | |
| 开户名身份证号码 |  | | | |
| 开 户 行 |  | | | |
| 是否使用  医保个人账户结算 | 是/否（字样由系统打印） | | | | |
| 联系电话1 |  | | 联系电话2 | |  |
| **温馨提示**  一、如所提交材料另有用途，请自行复印备用。  二、涉及意外伤害诊治的医疗费用，需提供需提供交警事故认定书、法院判决书、调解协议书等公检法部门出具的相关证明材料，无法提供的应填写意外伤害就医个人承诺书。  三、每年1月1日至12月31日为一个结算年度,跨年度申报费用的，按申报年度政策待遇结算。  本人/被委托人签名：  年 月 日 | | | | | |

表23

职工生育待遇申报表

□本市自取 □外地邮寄

单位名称： 单位编号： 汇总编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | | 个人编号 |  | |
| 费用发生时间  （填写出生或手术当天） | | 年 月 日 | | | | | |
| 申报项目 | 生育、计划生育项目：  □生育（○顺产、○多胞胎顺产、○难产、○多胞胎难产）  □未满4个月流产 □满4个月流产 □先兆流产 □宫内节育器（○放置、○取出）  □输卵管（输精管）结扎术 □输卵管（输精管）复通术 | | | | | | |
| 生育并发症： | | | | | |
| □异位妊娠 | | □母胎血型不合 | □子宫破裂 | | □妊娠期高血压疾病 |
| □产后出血（休克） | | □HELLP综合征 | □产褥期感染 | | □妊娠期糖尿病 |
| □产褥期乳腺炎 | | □羊胎膜感染综合征 | □葡萄胎 | | □羊水栓塞（DIC） |
| □妊娠期肝内胆汁淤积症 | | | |  | |
| 男职工 配偶姓名 |  | | 男职工配偶身份证号 | |  | | |
| 发票张数 | 张 | | 医疗费用合计（元） | |  | | |
| 单位意见 |  | | | | | | |
|  | | | | | |
| 单位（盖章） | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | |
|  | | | | | |
| 本人承诺所提交的材料真实合法，如有虚假，愿承担由此引发的法律责任。 | | | | | | | |
| 承诺人： 日期： 年 月 日 | | | | | | | |

单位经办人： 经办人联系电话：

表24

个人承诺书（参考样式）

（经办机构名称）：

本人 （身份证号码： ），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

表25

个人承诺书（参考样式）

（经办机构名称）：

本人 (身份证号 ), 办理 业务，由于个人原因，丢失以下发票原件：

1. （发票名称），金额 元，日期 年 月 日，发票号 。

2. （发票名称），金额 元，日期 年 月 日，发票号 。

本人保证本次医疗费用未享受医疗保险待遇，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26

个人承诺书（参考样式）

（经办机构名称）：

本人 （身份证件号码 ），工作单位： ，配偶 （身份证件号码： ）无工作单位，办理职工生育医疗费用支付业务，本次发生的生育医疗费用符合国家和自治区计划生育规定，未享受职工生育保险及城乡居民基本医疗保险报销。

本人保证所述信息真实、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27

个人承诺书（参考样式）

（经办机构名称）：

本人 （身份证件号码 ），办理 业务，因个人原因无法相应证明材料：

1. 异地安置退休人员备案提供异地安置认定材料（“户口簿首页”和本人“常住人口登记卡”）。
2. 异地长期居住人员备案提供长期居住认定材料（如本人或所投靠亲属的异地户籍证明、居住证、房产证明、租房合同任选其一）。
3. 常驻异地工作人员备案提供异地工作证明材料（参保地工作单位派出证明、异地工作单位证明、工作合同任选其一）。

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