452036026001

医疗救助对象手工（零星）报销

服务指南

XXXX年X月X日发布 XXXX年X月X日实施

XXXX（发布单位全称） 发 布

1. 事项编码

452036026001

1. 适用范围

符合《广西壮族自治区人民政府办公厅关于健全广西重特大疾病医疗保险和救助制度的通知》（桂政办发〔2022〕5号）、《广西壮族自治区实施乡村振兴战略指挥部医疗保障专责小组关于进一步做好医疗保障脱贫攻坚同乡村振兴有效衔接有关工作的通知》规定的医疗救助对象。

1. 事项类别

公共服务

1. 设立依据

1.《社会救助暂行办法》（国务院令第649号）第二十九条；

2.《城乡医疗救助基金管理办法》（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）；

4《广西壮族自治区人民政府办公厅关于健全广西重特大疾病医疗保险和救助制度的通知》（桂政办发〔2022〕5号）。

1. 受理机构

各级医保经办机构

1. 决定机构

各级医保经办机构

1. 办理条件
2. 准予批准的条件：

符合享受医疗救助待遇的条件

1. 不予批准的情形：

不符合享受医疗救助待遇的条件

1. 其他需要说明的情形：

无

1. 申办材料

（一）申请人把下列申请资料（文件、物品）送交办理窗口：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 提交材料名称 | 原件/复印件 | 份数 | 纸质/电子版 | 特定要求 |
| 1 | 医保电子凭证或有效身份证件或社保卡（委托他人办理的，还需提供代办人身份证和授权委托书） | 原件或  复印件 | 1 | 纸质/  电子版 | 无 |
| 2 | 《广西医疗救助零星结算申请表》 | 原件 | 1 | 纸质 | 无 |
| 3 | 经基本医疗保险、大病保险报销后的结算单 | 原件 | 1 | 纸质 | 无 |
| 4 | 参保人本人银行账户 | 复印件 | 1 | 纸质 | 如无法提供的，可提供参保人员直系亲属的银行账户及双方关系佐证材料复印件或承诺书原件。 |

（二）网上申报：上传以上材料的原件图片或PDF文件；由他人代办申报的，需提供代办人身份证和授权委托书。

备注：未报销基本医疗保险、大病保险和患重特大疾病人员同时办理住院费用报销、门诊费用报销可合并提供材料。

1. 办理方式

（一）各定点医疗机构直接结算；

（二）窗口受理：直接到各级医保经办窗口提交申请材料；

（三）网上申报：进入广西数字政务一体化平台（http://zwfw.gxzf.gov.cn/）、广西医疗保障网上服务大厅（https://ybwt.ybj.gxzf.gov.cn/）、广西医保APP、广西医保微信公众号申报。

1. 办理流程
2. 流程图

|  |
| --- |
| 申请（即时） |
|  |
| 受理  (即时) |
|  |
| 审核  (8个工作日) |
|  |
| 拨付  (4个工作日) |
|  |
| 办结（即时） |

在定点医疗机构直接结算：

|  |
| --- |
| 受理  （即时） |
|  |
| 结算  (即时) |
|  |
| 结果反馈  （即时） |

（二）办理程序

1.受理

2.审核

3.拨付

1. 办理时限
2. 法定时限

30个工作日

1. 承诺时限

12个工作日

1. 收费依据及标准
2. 收费项目

无

1. 收费依据

无

（三）收费标准

无

1. 结果送达

1.发送短信通知；

2.扫描业务受理回执单上的二维码查询；

3.登录广西数字政务一体化平台（http://zwfw.gxzf.gov.cn/）或广西医疗保障网上服务大厅（https://ybwt.ybj.gxzf.gov.cn/）、广西医保微信公众号、广西医保APP查询；

4.窗口自取；

5.邮寄。

1. 咨询方式
2. 现场咨询

各级医保经办机构服务窗口

1. 电话咨询

12345

1. 网上咨询

各级医保部门官方网站

1. 监督投诉渠道
2. 现场监督投诉

各级医保经办机构服务窗口

1. 电话监督投诉

各级医保部门监督投诉电话

1. 网上监督投诉

各级医保部门官方网站

1. 办理地址和时间

地址：XX市XX区（市、县）XX路XX号XX服务大厅XX-XX号窗口

时间：周X至周X 上午XX：XX-XX:XX 下午XX：XX-XX:XX

1. 办理进程和结果查询
2. 办理进程查询方式

1.现场查询

各级医保经办机构服务窗口

2.电话查询

各级医保经办机构查询电话

3.网上查询

窗口办理的：微信扫描受理单二维码查询

网上办理的：通过原办理渠道查询

1. 结果公开查询方式

1.现场查询

各级医保经办机构服务窗口

2.电话查询

各级医保经办机构查询电话

3.网上查询

窗口办理的：微信扫描受理单二维码查询

网上办理的：通过原办理渠道查询

广西医疗救助零星结算申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人  基本情况 | 姓名 | |  | | 身份证号码 | |  | |
| 家庭住址 | |  | | 联系电话 | |  | |
| 申请救助对象类别 | □城乡特困救助供养对象 □孤儿 □事实无人抚养儿童  □城乡低保对象（重残） □城乡低保对象（其他）  □城乡低保边缘对象 □地中海贫血患者 □脱贫不稳定人口  □返贫致贫人口 □县级以上人民政府规定的其他特殊困难人员  □其他： | | | | | | | |
| 申请救助金额 | | 门诊费用 | 发票张数  （原件或复印件） |  | | 门诊合计费用（元） | |  |
| 住院费用 | 发票张数  （原件或复印件） |  | | 住院合计费用（元） | |  |
| 银行帐号或社保卡账号 | | |  | | | | | |
| 开户名 | | |  | | | | | |
| 开户行 | | |  | | | | | |
| 申请人（代办人）签名 | | | 签名：  （申请人与代办人关系）：  年 月 日 | | | | | |
| 备注 | | |  | | | | | |

广西医疗救助零星结算申请表

（填写示范文本）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人  基本情况 | 姓名 | | 李一 | | 身份证号码 | | 450XXXXXXXXXXXXXXX |
| 家庭住址 | | XX县（区）XX街道XXX号 | | | 联系电话 | 137XXXXXXXX |
| 申请救助对象类别 | ☑城乡特困救助供养对象 □孤儿 □事实无人抚养儿童  □城乡低保对象（重残） □城乡低保对象（其他）  □城乡低保边缘对象 □地中海贫血患者 □脱贫不稳定人口  □返贫致贫人口 □县级以上人民政府规定的其他特殊困难人员  □其他： | | | | | | |
| 申请救助金额 | | 门诊费用 | 发票张数  （原件或复印件） | X张 | | 门诊合计  费用（元） | XXXX.XX元 |
| 住院费用 | 发票张数  （原件或复印件） | X张 | | 住院合计  费用（元） | XXXX.XX元 |
| 银行卡或社保卡账号 | | | 6220XXXXXXXXX | | | | |
| 开户名 | | | 李一 | | | | |
| 开户行 | | | XX银行XX支行 | | | | |
| 申请人（代办人）签名 | | | 签名： 李四  （申请人与代办人关系）： 父子 202X年 X 月 X 日 | | | | |
| 备注 | | |  | | | | |

广西医疗救助个人承诺书

（经办机构名称）：

本人 (身份证号 ), 办理业务，由于个人原因，无法提供以下发票原件（请填写）：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 发票名称 | 发票金额 | 发票日期 | 发票号 | 备注注 |
|  |  |  | 年 月 日 日 |  |  |
|  |  |  | 年 月 日 |  |  |
|  |  |  | 年 月 日 |  |  |
|  |  |  | 年 月 日 |  |  |
|  |  |  | 年 月 日 |  |  |
|  |  |  | 年 月 日 |  |  |
|  |  |  | 年 月 日 |  |  |

**不能提供发票原件的原因为（请勾选）：**

1.□不慎遗失；

2.□已提交商业保险公司作为商业保险的报销凭证；

3.□获得社会指定医疗捐赠的凭证；

4.□享受基本医疗保险以外等政策性补偿、补助的凭证；

5.□其他：。

本人保证本次所提供的材料真实、准确、完整、有效，不存在欺诈骗保行为，由此产生的一切法律责任均由本人承担。

承诺人（签名、指印）：

联系电话：

通讯地址：

年 月 日

广西医疗救助个人承诺书

（填写示范文本）

（经办机构名称） XX市医保中心 ：

本人 李一 (身份证号 45XXXXXXXXXXXXXXXX ), 办理业务，由于个人原因，无法提供以下发票原件（请填写）：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 发票名称 | 发票金额 | 发票日期 | 发票号 | 备注注 |
| 1 | XX省医疗费用发票收费票据 | XXX.XX元 | 20XX年X月X 日 | XXXXXX |  |
|  |  |  | 年 月 日 |  |  |
|  |  |  | 年 月 日 |  |  |
|  |  |  | 年 月 日 |  |  |
|  |  |  | 年 月 日 |  |  |
|  |  |  | 年 月 日 |  |  |
|  |  |  | 年 月 日 |  |  |

**不能提供发票原件的原因为（请勾选）：**

1.☑不慎遗失；

2.□已提交商业保险公司作为商业保险的报销凭证；

3.□获得社会指定医疗捐赠的凭证；

4.□享受基本医疗保险以外等政策性补偿、补助的凭证；

5.□其他：。

本人保证本次所提供的材料真实、准确、完整、有效，不存在欺诈骗保行为，由此产生的一切法律责任均由本人承担。

承诺人（签名、指印）：李一

联系电话：136XXXXXXXX

通讯地址：XX县（区）XX街道XXX号

202X年 XX 月 XX 日

授权委托书

**委托人姓名： 性别： 身份证： 电话：**

**受委托人姓名： 性别： 身份证： 电话：**

**本人因 原因，不能亲自办理 相关手续，特委托 作为我的合法代理人，全权代表我办理相关事项，对受委托人在办理上述事项过程中所签署的有关材料，本人均予以认可，并承担相应的法律责任。**

**委托有效期限：从该委托事项受理之日起至办结之日止。**

**委托人签名 ： （按手印） 年 月 日**

**受委托人签名 ： （按手印） 年 月 日**

**备注： 须携带受委托人身份证原件或复印件一份**

授权委托书

（填写示范文本）

**委托人姓名：张三 性别：男 身份证：4501231972XXXXXXXX 电话：136XXXXXXXX**

**受委托人姓名：李四 性别：男 身份证：4501231989XXXXXXXX 电话：138XXXXXXXX**

**本人因 身体原因 ，不能亲自办理 医疗救助对象手工（零星）报销 相关手续，特委托 李四 作为我的合法代理人，全权代表我办理相关事项，对受委托人在办理上述事项过程中所签署的有关材料，本人均予以认可，并承担相应的法律责任。**

**委托有效期限：从该委托事项受理之日起至办结之日止。**

**委托人签名 ： 张三 （按手印） 202X 年 X 月 X 日**

**受委托人签名 ： 李四 （按手印） 202X 年 X 月 X 日**

**备注： 须携带受委托人身份证原件或复印件一份**

常见错误示例

1.提供的出院记录无医院盖章。

2.申报材料不齐全。

常见问题解答

1.问：申请医疗救助待遇之前需要注意什么？

答：申请对象为民政、乡村振兴等部门认定的医疗救助对象，获得医疗救助资格后方可申报医疗救助待遇支付。

2.问：一般多长时间可以办完审批手续？

答：12个工作日办结。

3.问：办理此项业务是否需要缴纳费用？

答：办理此事项不收费。

4.问：票据遗失怎么办？

答：发票丢失的，可提供发票存根复印件并加盖医疗机构财务章，同时签署承诺书。