|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件1：  郑州市医疗保障业务受理告知单 | | | | | | | |
| 业务名称 |  |  |  | 受理地点 |  | | |
| 时间 |  | 申请  人姓名 |  | 联系电话 |  | 受理人 |  |
| 办结时限 |  | 预计办结时间 |  |  |  |  |  |
| 受理结果 | 即时  办结 | 是□否□ | 不受理原因 | 无职责 | 是□否□ | 有职责单位 |  |
| 限时  办结 | 是□否□ | 有职责无业务权限 | 是□否□ | 有权限单位 |  |
| 不予  受理 | 是□否□ | 资料  不合格 | 是□否□ |  |  |
| 一次性  告知内容 |  | | | | | 加业务章 | |
|
|
| 受理人签名： | | | 申请人签名： 年 月 日 | | | | |
| 说明：此表由受理人填写，申请人签字认可。此表是申请人申请业务的结果反馈一次性告知单，是申请人办事证明。告知内容包括：申请人申请办理的时间地点、所需资料、受理方式、交通方式、咨询电话等必要要素。此单一式两份，业务窗口及申请人各一份。 | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2：  郑州市医疗保障经办大厅地址及联系电话 | | | | |
| **序号** | **类别** | **名称** | **详细地址** | **联系电话** |
| 1 | 郑州市内医保经办大厅地址及联系电话 | 郑州市政务服务中心 | 中原西路与长椿路交叉口往东北100米三楼人力资源及社保业务综合受理区西南医保经办大厅 |  |
| 2 | 中原医保经办大厅 | 中原区华山路与伊河路交叉口东北角中原区政务服务大厅二楼中厅医保业务办理区 | 征缴：0371-67692206  待遇：0371-61930860 |
| 3 | 金水医保经办大厅 | 农业路与政七街交叉口东200米路南 | 待遇：0371-60610602  征缴：0371-60610601  居民：0371-60610603 |
| 4 | 高新医保经办大厅 | 高新技术产业开发区科学大道与银兰路交叉口西北角高新区政务服务大厅一楼C区 | 医保：0371-63060063  社保：0371-67119017 |
| 5 | 惠济医保经办大厅 | 新城路与天河路交叉口向东400米路南惠济区政务服务办事大厅二楼 | 医保：0371-63639957  社保：0371-63639925 |
| 6 | 二七医保经办大厅 | 二七区行云路与赣江路交叉口东北角二七区政务服务中心一楼 | 0371-68856870 |
| 7 | 郑东新区医保经办大厅 | 郑东新区熊儿河路与众旺路交叉口东南角 | 0371-67179152 |
| 8 | 管城医保经办大厅 | 管城区商城路与塔湾路交叉口西北角管城区政务服务大厅一楼大厅北区医保综合服务区。 | 医保：0371-86152360  社保:0371-66325680 |
| 9 | 经开区医保经办大厅 | 经开区第四大街与经北二路交叉口郑州人力资源市场一楼。 | 医保：0371-66728256  社保：0371-66782583 |
| 10 | 航空港区医保大厅 | 航空港区台湾科技园政务服务中心D区 | 待遇：0371-60890237  征缴：0371-60890238 |
| 11 | 五县一区医保分中心经办地址及联系电话 | 登封医保经办大厅 | 登封市少林大道东段136号登封市行政服务中心 | 职工：0371-62818826  居民：0371-62886870 |
| 12 | 新密医保经办大厅 | 新密市西大街445号政务服务中心 | 职工：0371-60880781  居民：0371-60880227 |
| 13 | 新郑医保经办大厅 | 新郑市中兴路与文化路交叉口东北角 | 0371-85903599 |
| 14 | 荥阳医保经办大厅 | 中原路与飞龙路交叉口西北角荥阳政务服务中心 | 0371-85225569 |
| 15 | 中牟医保经办大厅 | 中牟县清阳街231号 | 职工：0371-62166212  居民：0371-62118068 |
| 16 | 上街医保经办大厅 | 上街区新建东街行政服务大厅1楼3号窗口 | 0371-56508002 |
| 17 |  | 巩义医保经办大厅 | 巩义市行政东街6号 | 0371-69580105 |

附件3：

郑州市医疗保障业务表单（试行）

使用说明

为规范医疗保障业务经办，提升服务效能，按照中心党委年度工作安排，我们对医保业务表单进行了统一规范，形成表单标准。

表单按照业务类别分为参保登记变更类（10个）、参保证明类（8个）、医保待遇类（2个）、异地就医类（暂用3个，待全省统一后，以省定版为准）、集中带量采购类（5个）、定点医药机构协议管理类（19个）、信息保障类（11个含“两定”机构协议管理与信息保障协同使用类8个）和告知承诺类（4个）。以上表格适用于机关事业单位、离休干部和军队退休干部同类医保业务。

经办中涉及的系统内数据统计汇总类表单不在此次规范范围，沿用系统内生成表单。主要包括：医保（生育）待遇类和基金财务汇总、结算、拨付类等。

目 录

一 参保登记变更类

1. 用人单位参保登记表
2. 职工医疗保险参保登记表
3. 单位参保信息变更登记表
4. 职工参保信息变更登记表
5. 医疗保险个人账户一次性支取申请表
6. 基本医疗保障参保（合）凭证
7. 基本医疗保险关系转移接续联系函
8. 职工基本医疗保险信息表
9. 职工基本医疗保险关系跨省转移接续申请表
10. 职工基本医疗（生育）保险人员合并申请表（暂用）

二 参保证明类

1. 河南省医疗保险参保证明
2. 用人单位参保证明
3. 用人单位参保人员证明
4. 用人单位未参保证明
5. 职工及灵活就业人员参保证明
6. 职工及灵活就业人员未参保证明
7. 城乡居民医疗保险参保证明
8. 城乡居民医疗保险未参保证明

三 医保待遇类

1. 基本医疗保险医疗费审核表（零星报销）
2. 定点医药机构变更表（门诊慢特病）

四 异地就医类

1. 异地就医备案登记表
2. 异地就医备案个人承诺书
3. 基本医疗保险转诊转院申请表

五 医药耗材集中带量采购类

1. 集中带量采购预付金申请汇总表
2. 集中带量采购预付金申请统计表
3. 集中带量采购医保基金预付金统计汇总表
4. 医疗机构应返还预付金本金和利息汇总表
5. 集中采购预付金返还情况汇总表

六 定点医药机构协议管理类

（10-19表配合信息保障协同使用）

1. 定点医疗机构申请表
2. 定点医药机构信息变更表
3. 定点医药机构银行账户信息变更
4. 卫生技术人员名册
5. 药品进销存台账
6. 续签定点医疗机构信息汇总表
7. 续签定点零售药店信息汇总表
8. 不予续签定点医疗机构信息汇总表
9. 不予续签定点零售药店信息汇总表
10. 新增定点医疗机构信息汇总表
11. 新增定点零售药店信息汇总表
12. 新增定点医药机构银行账户信息汇总表
13. 定点医药机构信息变更汇总表
14. 定点医药机构银行账户信息变更汇总表
15. 暂停（解除）协议定点医疗机构信息汇总表
16. 暂停（解除）协议定点零售药店信息汇总表
17. 恢复协议定点医疗机构信息汇总表
18. 恢复协议定点零售药店信息汇总表
19. 暂停（关闭）医保网络申请表

七 信息保障类

1. 用户权限申请和变更表
2. 新增定点医疗机构信息汇总表
3. 新增定点零售药店信息汇总表
4. 定点医药机构信息变更汇总表
5. 暂停（解除）协议定点医疗机构信息汇总表
6. 暂停（解除）协议定点零售药店信息汇总表
7. 恢复协议定点医疗机构信息汇总表
8. 恢复协议定点零售药店信息汇总表
9. 暂停（关闭）医保网络申请表

10.郑州市定点医药机构医保网络开通（关闭）通知书

11.郑州市定点医药机构医保网络信息变更通知书

八 告知承诺书

1. 职工生育保险待遇核定（女职工无生育证）
2. 职工生育保险待遇核定（男职工配偶无工作）
3. 职工生育保险待遇核定（无第三方支付）
4. 职工医保个人账户一次性返还（参保人死亡）

一 参保登记变更类

1. 用人单位参保登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 郑州市基本医疗保险单位参保信息登记表  参保登记类-表1 | | | | | | | | |
| 口新参保登记 口暂停登记 口注销登记 口单位拆分 口单位合并 | | | | | | | | |
| 单位名称 | |  | | | | | | |
| 现统一社会信用代码 | |  | | 原统一社会信用代码 | |  | | |
| 通讯地址 | |  | | | | | | |
| 单位性质 | |  | | | 批准成立单位 | |  | |
| 法定代表人 | | 姓 名 |  | | 联系电话 | |  | |
| 身份证件号码 |  | | | | | |
| 开户银行 | |  | 开户名称 | | | |  | |
| 银行账号 | |  | | | | | | |
| 经办人员 | 姓名 |  | | | 所在部门 | |  | |
| 手机号码 |  | | | 联系电话 | |  | |
| 参保险种 | £职工基本医疗保险 口生育保险 口大额医疗费用补助 口其他 ( ) | | | | | | | |
| 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（批准成立单位） | |  | | | |
| 最新核编人数 | | | | |  | 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 | | |  |
| 单位承诺 | | 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 | | 口经审核，申报单位不符合参保登记办理条件。  口经审核，同意申报单位办理以下医疗保险登记：  口职工基本医疗保险 口生育保险  口大额医疗费用补助 £公务员医疗补助 口其他 ( )    经办人签字： 经办机构 (盖章) 年 月 日 | | | | | | |
| 填写说明：  1.此表用于单位参保登记时填写，一式两份，参保单位和经办机构各留存一份，推行电子档案后，  可不留存；  2.表格内的必填项与业务信息系统保持一致。 | | | | | | | | |

1. 职工医疗保险参保登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 郑州市职工基本医疗保险参保登记表  参保登记类-表2  单位名称（公章）：单位编码： □灵活就业人员 | | | | | | | | | | | | | |
| 序号 | 姓 名 | 民族 | 身份证件类型 | 身份证件号码 | 工资  （元/月） | 变更类别原因 | | | | | 变更险种 | 手机号码 | 备 注 |
| 增加 | 中断 | 终止 | 恢复 | 在职转退休 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 填表人：联系电话：经办机构经办人：年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 填写说明：  1.此表用于单位职工（含灵活就业人员）参保登记，一式两份，参保单位（含灵活灵活就业人员）和经办机构各留存一份，推行电子档案后，可不留存；  2.灵活就业人员需要参保人签字加指印；灵活就业人员欠费超过3个月的，信息系统将自动停保，欠费期间医疗费用医保基金不予支付。欠费补缴后，申请恢复正常参保的，在正常缴费的次月开始享受医保待遇；  3.单位职工（含灵活就业人员）在职转退休业务的参加工作时间和工资基数以退休审批资料为准，无退休审批资料的以信息系统实际参保缴费记录数据为依据，按照郑州市医疗保险在职转退休相关政策规定办理。 | | | | | | | | | | | | | |
|

1. 单位参保信息变更登记表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 郑州市医疗保险参保单位信息变更登记表  参保登记类-表3  单位编号（加盖公章）：填表日期： 年 月 日 | | | | | |
| 原登记事项信息 | | | | 变更后事项信息 | |
| 单位名称 | |  | | 单位名称 |  |
| 单位统一社会信用代码 | |  | | 单位统一社会信用代码 |  |
| 单位地址 | |  | | 单位地址 |  |
| 单位类型 | |  | | 单位类型 |  |
| 法人或  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 |  |
| 经办人 | 姓名 | |  | 姓名 |  |
| 联系电话 | |  | 联系电话 |  |
| 开户银行 | 账号 | |  | 账号 |  |
| 开 户 行 | |  | 开 户 行 |  |
| 其他 |  | |  |  |  |
| 经办机构  审核意见 | | 经办人： | | | （盖章）    年 月 日 |
| 说明：此表用于参保单位变更信息时填写，一式两份，参保单位与经办机构各留存一份，推行电子档案后，可不留存。 | | | | | |

1. 单位参保信息变更登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 郑州市基本医疗保险职工参保信息变更登记表  参保登记类-表4 | | | | | | | |
| 单位名称： 单位编号：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 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| £单位经办人  £灵活就业人员 | （签章） | 单位意见 | （盖章） | | 经办机构意见 | （盖章） | |
| 填写说明：  1.此表用于单位参保职工（含灵活就业人员）申请变更信息时填写，一式两份，单位（个人）和经办机构各留存一份，推行电子档案后，可不留存；  2.灵活就业人员无需填写单位信息和盖章，由申请人（代办人）填写并按指印，变更关键信息的代办人，需要留存身份证明材料。 | | | | | | | |

1. 医疗保险个人账户一次性支取申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 郑州市基本医疗保险个人账户一次性支取申请表  参保登记类-表5 | | | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 参保人基本情况 | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | | | | 身份证件号码 |  | | | |
| 支取原因 | 口 死亡 口 出国定居 口 主动放弃 口 其他 | | | | | | | | |
| 工作单位 |  | | | | | | | | |
| 银行账户号码 |  | | | | | | | | |
| 开户银行 |  | | | | | | | | |
| 支取人签字 |  | | |  | | | |  | |
| 继承人 （代表人）基本情况 | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | | | | 与参保人关系 |  | | | |
| 身份证件号码 |  | | | | 联系电话 |  | | | |
| 常住地址 |  | | | | 工作单位 |  | | | |
| 银行账 户号码 |  | | | | | | | | |
| 开户银行 |  | | | | | | | | |
| 经协商，由 代表全部继承人办理个人账户支取业务，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 | | | | | | | | | |
| 被委托人基本情况 （如无被委托人无需填写） | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | 身份证件号码 |  | | | | 联系电话 | |  |
| 备注 |  | | | | | | | | |
| 说明：此表用于参保职工（含灵活就业人员）申请支取个人账户余额时填写，一式两份，个人和经办机构各留存一份，推行电子档案后，可不留存。此与支取个人账户告知承诺书结合使用。被委托人办理的，需要留存委托书。 | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. 基本医疗保障参保（合）凭证   郑州市基本医疗保障参保（合）凭证  参保关系转移类-表6 | | | | | | | | |
| 凭证号：（ ）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 |  | | | 转出地 | |  | | |
| 参保（合）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（元） | (大写) （小写）¥ | | | | | | | |
| 转出地医疗保险经办机构信息 | | | | | | | | |
| 机构名称 | （盖公章） | | | | | | | |
| 地 址 |  | | | | | | | |
| 行政区划代码 |  | | 邮政编码 | |  | | | |
| 联 系 人 |  | | 联系电话 | |  | | | |
| 填表说明：  1.尚未将公民身份号码作为职工基本医疗保险城镇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险编号；  2.此表为业务信息系统生成表单，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； 4.本凭证如不慎遗失，请与出具此凭证的经办机构联系，申请补办。 | | | | | | | | |
|
|
|
|
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. 基本医疗保险关系转移接续联系函   郑州市基本医疗保险关系转移接续联系函  参保关系转移类-表7  （此表由转入地经办机构出具并提供给转出地经办机构）  编号：  转出地经办机构名称： | | | | | | | | |
| 原在你处的参保人员,因 £就业 /£户籍迁移/£办理退休/£其他等原因，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 |  | 出生日期 |  | 联系电话 |  |
| 身份证件号码 |  | | | 户籍类型 | | 口居民 | | |
| 口农业 口非农业 | | |
| 口台港澳 口外籍 | | |
| 现参加的基本医疗保险类型 | | 口职工 口城乡居民 | | | | | | |
| 是否需要转移个人账户 | | 口是 口否 | | | | | | |
| 转入地经办机构信息 | | | | | | | | |
| 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 | |  | | |
| 医保区划 |  | | | 医保区划代码 | |  | | |
| 经办人（签章）：转入地经办机构名称（盖章)：  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.本函为业务信息系统生成表单，一式两份，转入地和转出地经办机构各留存一份。 | | | | | | | | |
|

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. 职工基本医疗保险信息表   郑州市基本医疗保险信息表  参保关系转移类-表8  （此表由转出地经办机构提供给转入地经办机构）  姓名：身份证件号码：性别： | | | | | | |
| 序号 | 时间起止年月 | 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 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 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： 经办机构（章）：日期： 年 月 日 | | | | | | |
| 填写说明：1.时间：按发生变更的时间段先后顺序依次排列，如实填写，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.基本医疗保险类型：选择填写一项（1）职工、（2）城乡居民、（3）新农合、（4）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疗保险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.此表为业务信息系统生成表单，一式两份，转入地、转出地经办机构各留存一份。 | | | | | | |

1. 职工基本医疗保险关系跨省转移接续申请表

郑州市职工基本医疗保险关系跨省转移接续申请表（暂用）

参保关系转移类-表9

(此表由本人或代办人填写)

□转出地申请 □转入地申请 □撤销申请

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 参保人员信息 | | | |
| 姓名 |  | 身份证件号码 |  |
| 联系电话（手机） |  | | |
| 转入地医疗保险经办机构信息 | | 转出地医疗保险经办机构信息 | |
| 机构名称 |  | 机构名称 |  |
| 代办人信息（本人办理，不需填写） | | | |
| 姓名 |  | 与参保人关系 |  |
| 身份证件号码 |  | 联系电话（手机） |  |

本人或代办人（签字）： 申请时间： 年 月 日

注：转出地申请时，需填写转入地医保经办机构信息；转入地申请时，需填写转出地医保经办机构信息。

1. 职工基本医疗（生育）保险人员合并申请表（暂用）

郑州市职工基本医疗保险（生育保险）人员合并申报表（暂用）

参保关系转移类-表10

单位名称（公章）： 单位编号： 　　　　 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 身份证件号码 | 合并人员个人编号 | 被合并人员个人编号 | 重复缴费起止时间 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |

注：1、重复缴费部分累计个人账户余额，不重复计算缴费月数。

2、灵活就业人员本人申报无需单位盖章。

填报人： 联系电话： 经办机构经办人： 年 月 日

二 参保证明类

**医疗保险参保证明使用说明**

郑州市医疗保险参保证明是经办机构向参保对象提供其参加医疗保险基本情况的凭证。统一格式及内容标准，以利于解决单位或个人索取参保查询证明材料不统一不规范等问题，结合医疗保障信息系统内个人权益单和个人参保证明制式表单，以及日常群众的个性化需求，规范了以下证明材料样式。

使用原则如下：

1. 出具参保证明以医保信息系统内个人权益记录单和河南省医疗保险参保证明为首选证明材料。如参保单位或个人有个性化需求的，按照郑州市医疗保险参保证明格式对应出具。
2. 出具参保证明的所有信息均为出具日期当日业务系统内记录数据。
3. 全市医疗保障经办大厅（含有授权的服务网点）及网上办事平台出具的参保证明材料具有同等法律效力。

1. 河南省医疗保险参保证明

河南省医疗保险参保证明

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 身份证件号码 |  |  | 个人编号 |  |
| 单位编号1 |  | 单位名称 |  | 参保状态 |  |
| 单位编号2 |  | 单位名称 |  | 参保状态 |  |
| ... |  | ... |  | 参保状态 |  |
| 险种 | 实缴类别 | 实缴情况 | | | 实缴月/年数 |
| 职工基本医疗保险 |  |  |  |  |  |
| 公务员医疗补助 |  |  |  |  |  |
| 大额医疗补助 |  |  |  |  |  |
| 生育保险 |  |  |  |  |  |

参保机构名称（公章）： 打印时间： 年 月 日

注：此表为业务信息系统生成表单。

1. 用人单位参保证明

郑州市医疗（生育）保险参保证明

（单位参保类）

单 位 名 称：

单 位 编 号:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 参保险种 | 参保起止时间 | 参保人数  （末月） | 参保状态 | 备注 |
| 基本医疗保险 |  |  |  |  |
| 生育保险 |  |  |  |  |
| 商业  补充医疗保险 |  |  |  |  |
| 公务员  医疗补助 |  |  |  |  |

（经办机构盖章）

年 月 日

注：1.此证明一式两份，参保单位和出具单位各留存一份。备注填写欠费等情况。

2.郑州市医疗保障中心与中原区、二七区、金水区、管城区、惠济区、郑东新区、高新区、经开区、航空港区医疗保障中心及其辖区内医保便民网点出具证明具有同等法律效力。

3.涂改无效。

1. 用人单位参保人员证明

郑州市医疗（生育）保险

单位参保人员证明

兹证明 （单位名称） （单位编号： ） 等 人（参保人员名单附后），已参加郑州市职工基本医疗（生育）保险，目前参保状态正常，缴费状态 （□ 正常 □ 欠费）。

特此证明。

（经办机构盖章）

年 月 日

注：1.此证明一式两份，参保单位和出具单位各留存一份。

2.郑州市医疗保障中心与中原区、二七区、金水区、管城区、惠济区、郑东新区、高新区、经开区、航空港区医疗保障中心及其辖区内医保便民网点出具证明具有同等法律效力。

3.涂改无效。

附件

（单位） 参保人员名单

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 身份证件号码 | 备注 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| ... |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

（经办机构盖章）

年 月 日

注：1.此表与单位参保人员证明配套使用，用于证明参保单位的参保人员详情。

2.涂改无效。

1. 用人单位未参保证明

郑州市医疗（生育）保险未参保证明

（单位参保类）

经核查，截止 年 月 日， （单位名称） 未参加郑州市职工基本医疗（生育）保险。

特此证明。

（经办机构盖章）

年 月 日

注：1.此证明一式两份，参保单位和出具单位各留存一份。

2.郑州市医疗保障中心与中原区、二七区、金水区、管城区、惠济区、郑东新区、高新区、经开区、航空港区医疗保障中心及其辖区内医保便民网点出具证明具有同等法律效力。

3.涂改无效。

1. 职工及灵活就业人员参保证明

郑州市医疗（生育）保险参保证明

（单位职工类含灵活就业人员）

单 位 名 称：

单 位 编 号:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 身份证 |  |
| 参保险种 | 参保起止时间 | | 参保人数  （末月） | 参保  状态 | 备注 |
| 基本医疗保险 |  | |  |  |  |
| 生育保险 |  | |  |  |  |
| 商业  补充医疗保险 |  | |  |  |  |
| 公务员  医疗补助 |  | |  |  |  |

（经办机构盖章）

年 月 日

注：1.此证明一式两份，申请人和出具单位各留存一份。备注填写欠费等情况。

2.郑州市医疗保障中心与中原区、二七区、金水区、管城区、惠济区、郑东新区、高新区、经开区、航空港区医疗保障中心及其辖区内医保便民网点出具证明具有同等法律效力。

3.涂改无效。

1. 职工及灵活就业人员未参保证明

郑州市医疗（生育）保险未参保证明

（单位职工类含灵活就业人员）

经核查，截止 年 月 日，姓名： 身份证号

码： 未参加郑州市基本医疗（生育）保险。

特此证明。

（经办机构盖章）

年 月 日

注：1.此证明一式两份，申请人和出具单位各留存一份。

2.郑州市医疗保障中心与中原区、二七区、金水区、管城区、惠济区、郑东新区、高新区、经开区、航空港区医疗保障中心及其辖区内医保便民网点出具证明具有同等法律效力。

3.涂改无效。

1. 城乡居民医疗保险参保证明

郑州市城乡居民医疗保险参保证明

（城乡居民类）

经核查，截止 年 月 日，姓名： 身份证号: 已参加郑州市城乡居民基本医疗保险，并已经缴纳 年度医疗保险费。

特此证明。

（经办机构盖章）

年 月 日

注：1.此证明一式两份，申请人和出具单位各留存一份。

2.郑州市医疗保障中心与中原区、二七区、金水区、管城区、惠济区、郑东新区、高新区、经开区、航空港区医疗保障中心及其辖区内医保便民网点出具证明具有同等法律效力。

3.涂改无效。

1. 城乡居民医疗保险未参保证明

郑州市城乡居民医疗保险未参保证明

（城乡居民类）

经核查，截止 年 月 日，姓名： 身份证号: 未参加郑州市城乡居民基本医疗保险。

特此证明。

（经办机构盖章）

年 月 日

注：1.此证明一式两份，申请人和出具单位各留存一份。

2.郑州市医疗保障中心与中原区、二七区、金水区、管城区、惠济区、郑东新区、高新区、经开区、航空港区医疗保障中心及其辖区内医保便民网点出具证明具有同等法律效力。

3.涂改无效。

三 医保待遇类

1. 基本医疗保险医疗费审核表（零星报销）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 郑州市基本医疗保险医疗费审核表  医保待遇类-表1 | | | | | | | | |
| 医疗机构名称： | | | | | 报销凭证住院（门诊）号： | | | |
| 患者姓名 | |  | 性 别 |  | 年 龄 |  | 人员类别 |  |
| 身份证件号码 | |  | |  | |  | | |
| 诊 断 | |  | | | | | | |
| 入院时间 | |  | 住院科别 |  | | 住院号 |  | |
| 出院时间 | |  | 住院天数 |  | 费用清单张数 |  | 费用总额 |  |
| 费用类别 | |  | | | | | | |
| 审 核 拒 付 意 见 | 项 目 | | 费用总额 | 乙类自付 | 项 目 | | 费用总额 | |
| 乙类5% | |  |  | 自费 | |  | |
| 乙类10% | |  |  |  | |  | |
| 乙类15% | |  |  |  | |  | |
| 乙类20% | |  |  |  | |  | |
| 乙类25% | |  |  |  | |  | |
| 乙类30% | |  |  |  | |  | |
| 小 计（元） | |  |  | 小 计（元） | |  | |
| 合 计（元）： | | | | | | | |
| 统筹基金拒付金额 | | 拾 万 仟 佰 拾 元 角 分（小写： ） | | | | | | |
| 统筹基金合理支付金额 | | 拾 万 仟 佰 拾 元 角 分（小写： ） | | | | | | |
| 审核人： 复核人： 负责人 | | | | | | | | |
| 填写说明：1.本表一式两份，医保待遇科一份，财务科一份；  2.本表是结算医疗费审核凭证，用于零星报销医保费用；  3.申报时附文件规定的相关资料。 | | | | | | | | |
|
|

1. 定点医药机构变更表（门诊慢特病）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 郑州市基本医疗保险定点医药机构变更表（门诊慢特病）  医保待遇类-表2 | | | | | | |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 职工(灵活就业)医保 □ 城乡居民医保 □ |
| 身份证件号码 |  | | | 联系电话 | |  |
| 原定点  医药机构 |  | | | 现定点医药机构 | |  |
| 病种名称 |  | | | | | |
| 定点医药机构变更意见（盖章） |  | | | | | |
|
| 年 月 日 | | | | | |
| 申请人签名 |  | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | |
| 备注 |  | | | | | |
| 说明：此表用于已享受门诊规定病种和重特大疾病门诊病种待遇的参保人，线下申请变更门诊慢特病定点医药机构时使用。由申请人在定点医药机构申请填写并变更。 | | | | | | |

四 异地就医类

1. 异地就医备案登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 郑州市异地就医登记备案表  异地就医备案类-表1(暂用) | | | | | | |
| 备案编号： | | | | | | |
| 姓 名 |  | | 参保类别 | | 1.职工医保（离休）□  2.城乡居民医保 □ | |
| 身份证件号码 |  | | | | | |
| 人员类别 | □ 异地长期居住备案 | | □ 异地安置退休人员  □ 异地长期居住人员  □ 常驻异地工作人员 | | 登记类别 | □ 新增  □ 变更  □ 取消 |
| □ 临时外出就医备案 | | □ 异地急诊抢救  □ 异地转诊就医  □ 其他临时外出就医 | |
| 参保地  联系地址 |  | | 就医地  联系地址 | |  | |
| 联系人 |  | | 联系电话 | |  | |
| 转往省  （市、区） |  | | 地区  (市、州) | |  | |
| 温 馨 提 示  1.异地就医需遵循“先备案、再住院、持卡/码结算”原则，原则上备案开始日期不能早于备案申请日期，如申请备案时已入院，为保证异地就医直接结算，请提前告知工作人员。异地就医备案时，除到北京、天津、上海、重庆、海南、西藏和新疆兵团就医,直接备案到就医省份外，其他备案到就医地省辖市及直管县市（异地就医服务查询：跨省：国家医保服务平台APP，省内：“河南医保”小程序）；参保人到备案地以外的定点医疗机构就医，按参保地有关规定执行。  2.异地长期居住人员按照长期居住类型分别提供：异地安置退休人员需提供“户口簿首页”和本人“常住人口登记卡”；异地长期居住人员需提供长期居住证明；常驻异地工作人员需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）。若因特殊原因，上述材料备案时无法提供的，需填写个人承诺书。以个人承诺形式申请的，备案开始日期不能早于备案申请日期，取消备案时需补充备案类型所需证明材料。  3.临时外出就医人员按临时外出就医类型分别提供：异地转诊人员一般由参保地规定的定点医疗机构开具转诊单并直接备案；异地急诊抢救人员由就诊医疗机构录入急诊信息后视同已备案（就诊医疗机构不具备条件的，也可提供符合医疗文书的急诊诊断证明由参保地经办机构备案）。  4.参保人员办理异地就医备案后，备案有效期内可在备案地多次就医并享受异地就医直接结算服务。  5.参保人员办理长期异地就医备案后，回参保地就医时享受直接结算服务，待遇标准同临时外出就医人员。参保人员办理临时外出就医备案后，回参保地就医时享受直接结算服务，待遇标准同本地就医人员。 | | | | | | |
|
| 备案开始日期 | | 年 月 日 | | 备案结束日期 | | □ 默认  □ 年 月 日 |
| 是否提供备  案对应材料 | | □ 是  □ 否 | | □ 本人  □ 被委托人  签名 | | 年 月 日 |
| 经办机构（盖章）： 联系电话： 经办人： 经办日期： 年 月 日 | | | | | | |
| 说明:此表一式两份，申办人和经办部门各留一份。此表为暂用表，待全省统一后启用新表，同时旧表作废。 | | | | | | |

1. 异地就医备案个人承诺书

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 郑州市异地就医备案个人承诺书  异地就医备案类-表2(暂用) | | | |
| 姓 名 |  | 参保类别 | 1.职工医保 □  2.城乡居民医保 □ |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 人员类别 | □ 异地长期居住就医备案 | □ 异地安置退休人员  □ 异地长期居住人员  □ 长驻异地工作人员 | 异地结算待遇同  本地同级别医疗机构 |
| □ 临时外出就医备案 | □ 非转非急人员 | 异地结算待遇比  本地同级别医疗机构降低10% |
| 参保地 |  | 就医地 |  |
| 温 馨 提 示  1.异地就医需遵循“先备案、再住院、持卡/码结算”原则，原则上备案开始日期不能早于备案申请日期，如申请备案时已入院，为保证异地就医直接结算，请提前告知工作人员。异地就医备案时，除到北京、天津、上海、重庆、海南、西藏和新疆兵团就医,直接备案到就医省份外，其他备案到就医地省辖市及直管县市（异地就医服务查询：跨省：国家医保服务平台APP，省内：“河南医保”小程序）；参保人到备案地以外的定点医疗机构就医，按参保地有关规定执行。  2.异地长期居住人员按照长期居住类型分别提供：异地安置退休人员需提供“户口簿首页”和本人“常住人口登记卡”；异地长期居住人员需提供长期居住证明；常驻异地工作人员需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）。若因特殊原因，上述材料备案时无法提供的，需填写个人承诺书。以个人承诺形式申请的，备案开始日期不能早于备案申请日期，取消备案时需补充备案类型所需证明材料。  3.临时外出就医人员按临时外出就医类型分别提供：异地转诊人员一般由参保地规定的定点医疗机构开具转诊单并直接备案；异地急诊抢救人员由就诊医疗机构录入急诊信息后视同已备案（就诊医疗机构不具备条件的，也可提供符合医疗文书的急诊诊断证明由参保地经办机构备案）。  4.参保人员办理异地就医备案后，备案有效期内可在备案地多次就医并享受异地就医直接结算服务。  5.参保人员办理长期异地就医备案后，回参保地就医时享受直接结算服务，待遇标准同临时外出就医人员。参保人员办理临时外出就医备案后，回参保地就医时享受直接结算服务，待遇标准同本地就医人员。 | | | |
|
| 承诺事项：  本人申请办理异地就医备案业务，已阅读并知晓《备案告知书》所述内容，同意遵守相关规定。因个人原因无法提供异地就医备案相关证明材料，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，愿意接受信息共享查询核验，由此产生的一切经济损失和法律责任均由本人承担。  承诺人(签名、指印):  被委托人(签名、指印)：  年 月 日 | | | |
| 说明:此表一式一份，经办部门留存。此表为暂用表，待全省统一后启用新表，同时旧表作废。本表由参保人员或被委托人填写。 | | | |

1. 基本医疗保险转诊转院申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 郑州市医疗保险转诊转院申请表  异地就医备案类-表3(暂用) | | | | | | |
| 姓 名 |  | 性别 |  | | 参保类别 | 1.职工医保 □ |
| 2.城乡居民医保 □ |
| 身份证号 |  | | | 联系电话 | |  |
| 转出医疗  机构 |  | | | | | |
| 转入医疗  机构 | 省（市） 市 医疗机构 | | | | | |
| 疾病初步  诊断结果 |  | | | | | |
| 病历摘要及转诊原因： | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 医生签字（限主治医师以上）： | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | |
|  | | | | | | |
|
| 患者签字（申请人）： | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 转出定点医疗机构医保办意见： | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 签章： | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 转出时间： 年 月 日 | | | | | | |
| 联系电话： | | | | | | |
| 说明:此表一式两份，申请人和经办部门各留一份。此表为暂用表，待全省统一后启用新表，同时旧表作废。 | | | | | | |

五 医药耗材集中带量采购类

1. 集中带量采购预付金申请汇总表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 集中带量采购预付金申请汇总表 | | | | | | | | | |
| 单位名称： （加盖公章） 填报时间： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 序号 | 区县（市） | 定点医疗机构编号  （新系统） | 定点医疗机构编号  （老系统） | 定点医疗机构名称 | 约定采购总金额（元） | 预付金额  （约定采购总金额50%） | 医疗机构账户名称 | 医疗机构账号 | 医疗机构开户行 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 填报人： 联系方式： 负责人： | | | | | | | | | |
| 说明:内部业务流转使用，用于预付金申请，区、县（市）汇总后报送。 | | | | | | | | | |

1. 集中带量采购预付金申请统计表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 集中带量采购预付金申请表 | | | | | | | | | |
| 定点医疗机构编号（新系统）： 定点医疗机构编号（老系统）： 定点医疗机构名称： （加盖公章）  定点医疗机构账户名称 ： 账号: 开户行： . | | | | | | | | | |
| 序号 | ...... | .... | .... | .... | 生产企业 | 中选价格（元） | 约定采购量 | 约定采购金额（元） | 预付金额（约定采购金额50%） |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 | | | | | | | |  |  |
| 填报人 ： 联系方式： 医疗机构负责人： 填报时间： | | | | | | | | | |
| 说明：此表对外使用，医疗机构申请预付金使用。药品和医用耗材表头填写申请项目，根据每个批次要求做适当调整。 | | | | | | | | | |

1. 集中带量采购医保基金预付金统计汇总表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 集中带量采购医保基金预付金统计汇总表 | | | | | | | | | |
| 制表日期： 年 月 日 单位：元 | | | | | | | | | |
| 序号 | 区县（市） | 定点医疗机构编号  （新系统） | 定点医疗机构编号  （老系统） | 定点医疗机构名称 | 医疗机构账户名称 | 医疗机构账号 | 医疗机构开户行 | 约定采购总金额 | 预付金额  （约定采购总金额50%） |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 | | | | | | | |  |  |
| 经办人： 城镇职工医保待遇科负责人： 经办人： 基金管理科负责人： 主管领导： 中心领导： | | | | | | | | | |
| 说明：此表为内部业务流转使用，汇总签字后交基金科拨付。 | | | | | | | | | |

1. 医疗机构应返还预付金本金和利息汇总表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构应返还预付金本金和利息汇总表  （ 集中带量采购） | | | | | | | |
| 单位：元 | | | | | | | |
| 序号 | 区县(市) | 医疗机构编号（老系统） | 医疗机构编号（新系统） | 医疗机构名称 | 预付金额 | 预付金额利息（按优惠利率1.1%） | 合计 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 | | | | |  |  |  |
| 说明：此表内部业务流转使用，出台配套文件附件，交基金管理科执行。 | | | | | | | |

1. 集中采购预付金返还情况汇总表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 集中带量采购预付金返还情况汇总表 | | | | | | | | |
| 单位名称： （加盖公章） 单位：元 | | | | | | | | |
| 序号 | 区县(市) | 医疗机构编号（老系统） | 医疗机构编号（新系统） | 医疗机构名称 | 预付金额 | 预付金额利息（按优惠利率1.1%） | 合计 | 转账时间 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 填报人： 联系方式： 填报时间： | | | | | | | | |
| 说明：此表为内部使用，用于预付金返还，各区、县(市)汇总报送。 | | | | | | | | |

六 定点医药机构协议管理类

（10-19表配合信息保障协同使用）

1. 定点医疗机构申请表

定点医疗机构申请表

**申请单位：**

**申请时间：**

**郑州市医疗保障中心**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 | | |  | | | | | |
| 统一社会信用代码 | | |  | | 所有制形式 | |  | |
| 法定代表人 | | |  | | 主要负责人 | |  | |
| 医疗机构类别 | | |  | | 所属区域 | |  | |
| 地 址 | | |  | | | | 营业面积 |  |
| 内部医保管理部门 | | |  | | | | | |
| 执业许可证登记号 | | |  | | | | | |
| 申请服务类别 | | | IMG_256IMG_257IMG_258IMG_259门诊 一类 二类 三类 | | | | | |
| 联 系 人 | |  | | 联系电话 | |  | | |
| 卫生  技术  人员  构成 |  | | 总人数 | 高级职称 | | 中级职称 | | 初级职称 |
| 医 生 | |  |  | |  | |  |
| 护 士 | |  |  | |  | |  |
| 医技人员 | |  |  | |  | |  |
| 其他人员 | |  |  | |  | |  |
| 合 计 | |  |  | |  | |  |
| 近3  个月  业务  收支 情况 | 门诊诊疗 人次 | |  | 次均门诊诊疗费用 | | | |  |
| 住院人次 | |  | 住院人数 | | | |  |
| 次均住院 天数 | |  | 次均住院费用 | | | |  |
| 业务收入 | |  | 业务支出 | | | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 药  品  数  量 |  | 总 数 | 《医保药品目录》内的数量 | |
| 西 药 |  |  | |
| 中 成 药 |  |  | |
| 中药饮片 |  |  | |
| 大型  医用  设备  清单 | 科室 | 设备名称 | 单项单次收费 | 备注 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 科室  设置  及病  床数 | 科 室 | 床位数 | 科 室 | 床位数 | 科 室 | 床位数 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 医疗  机构  服务  能力  简介  及  承诺 |  | | | | | |
| 申请单位签名盖章 | 法人代表签字： （申请单位印章）  年 月 日 | | | | | |

填写说明:

1、“内部基本医保管理部门”指医疗机构内设的负责基本医保的部门。

1. 申请服务类别：医疗机构申请何种服务类别，请在对应方框内打勾；
2. 大型医用设备：按照国家大型医用设备配置许可管理目录内容填写；
3. 承诺包含是否存在未依法履行行政处罚责任；本次申请内容及材料的真实情况；法定代表人、主要负责人或实际控制人是否被列入失信人名单等内容。
4. 定点医药机构信息变更表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 郑州市医疗保障定点医药机构信息变更表 表2 | | | | | | | |
| 填报单位（盖章）： |  |  | 填报时间： | | 年 月 日 | |  | |
| 定点医药机构  原名称 |  | | | 编 码 | |  | |
| 变更项目 |  | | | | | | |
| 变更前内容 |  | | | | | | |
| 变更后内容 |  | | | | | | |
| 变更理由 |  | | | | | | |
| 定点单位经办人员： 联系方式： 年 月 日 | | | | | | |
| 医疗保障中心  意见 | 经办人： 年 月 日 | | | | | | |
| 复核小组： 年 月 日 | | | | | | |
| 中心主任办公会： 年 月 日 | | | | | | |
| 说明：1.此表用于定点机构登记备案信息变更申请时填写；  2.按照属地管理权限及流程办理。 | | | | | | | |

1. 定点医药机构银行账户信息变更

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 郑州市医疗保障定点医药机构银行账户 表3 信息变更（新增）表 | | | | | | |
| 填报单位（盖章）： |  |  | 填报时间： | | 年 月 日 | |
| 定点医药机构  名称 |  | | | 编 码 | |  |
| 变更前内容 |  | | | | | |
| 变更后内容 |  | | | | | |
| 变更理由 | 定点单位经办人员： 联系方式： | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | |
| 医疗保障中心  意见 | 经办人： | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | |
| 科室负责人： | | | | | |
| 年 月 日（盖章） | | | | | |
| 说明：此表用于新增定点机构登记及原定点机构的银行账户变更申请时填写。 | | | | | | |

1. 卫生技术人员名册

卫生技术人员名册 表4

填报单位：（盖章） 填报日期: 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 专业 | 学历 | 执业资格 | 执业证号 | 技术  职称 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. 药品进销存台账

药品进销存台账 表5

填报单位： （盖章） 统计时间：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 药品名称 | 剂型 | 规格 | 库存数量 | 购进数量 | 进价 | 销售数量 | 售价 | 盘存数量 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：表中售价为当前医药机构的实际零售价格，按近3个月业务数据如实填报。

1. 续签定点医疗机构信息汇总表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 续签定点医疗机构信息汇总表 表6 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医疗保障中心（盖章） 日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 序号 | 定点医药机构代码 | 单位  名称 | 医疗机构等级 | 服务项目限额档次 | 起付线  医疗机构  等级 | 险种  类型 | 医疗  类别 | 地 址 | 法人/院长 | 身份  证号 | 联系  电话 | 医保主管院长 | 联系  电话 | 医保办主任 | 联系  电话 | 行政  区域 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 填表人： 联系电话： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 备注：定点医药机构代码、医疗机构等级、服务项目限额档次、起付线医疗机构等级、险种类型、医疗类别严格参照填表说明填写。 | | | | | | | | | | | | | | | | |

1. 续签定点零售药店信息汇总表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 续签定点零售药店信息汇总表表 表7 | | | | | | | | | | |
| 医疗保障中心（盖章） 日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 序号 | 定点医药机构代码 | 单位名称 | 地 址 | 法人 | 身份证号 | 联系电话 | 企业  负责人 | 身份证号 | 联系电话 | 行政区域 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 填表人： 联系电话： | | | | | | | | | | |
| 备注：定点医药机构代码指国家贯标码。 | | | | | | | | | | |

1. 不予续签定点医疗机构信息汇总表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 不予续签定点医疗机构信息汇总表 表8 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医疗保障中心（盖章） 日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 序号 | 定点医药机构  代码 | 单位名称 | 医疗机构等级 | 服务项目限额档次 | 起付线医疗机构等级 | 险种类型 | 医疗类别 | 地 址 | 法人/院长 | 身份证号 | 联系电话 | 医保  主管院长 | 联系电话 | 医保办  主任 | 联系电话 | 行政区域 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 填表人： 联系电话： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 备注：定点医药机构代码、医疗机构等级、服务项目限额档次、起付线医疗机构等级、险种类型、医疗类别严格按照标准规范填写。 | | | | | | | | | | | | | | | | |

1. 不予续签定点零售药店信息汇总表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 不予续签定点零售药店信息汇总表 表9 | | | | | | | | | | |
| 医疗保障中心（盖章） 日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 序号 | 定点医药机构  代码 | 单位名称 | 地 址 | 法人 | 身份证号 | 联系电话 | 企业负责人 | 身份证号 | 联系电话 | 行政区域 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 填表人： 联系电话： | | | | | | | | | | |
| 备注：定点医药机构代码指国家贯标码。 | | | | | | | | | | |

1. 新增定点医疗机构信息汇总表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 新增定点医疗机构信息汇总表 表10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医疗保障中心（盖章） 日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 序号 | 定点医药机构  代码 | 单位名称 | 医疗机构等级 | 服务项目限额档次 | 起付线医疗机构等级 | 险种  类型 | 医疗类别 | 地 址 | 网络运营商 | 法人/院长 | 身份证号 | 联系电话 | 医保  主管院长 | 联系电话 | 医保办主任 | 联系电话 | 行政区域 | 定点文件号 | 是否使用国家局客户端 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 填表人： 联系电话： | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 备注：1、定点医药机构代码、医疗机构等级、服务项目限额档次、起付线医疗机构等级、险种类型、医疗类别严格严格按照标准规范填写。2、网络运营商指移动、联通、广电、电信。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |

1. 新增定点零售药店信息汇总表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 新增定点零售药店信息汇总表 表11 | | | | | | | | | | | | |
| 医疗保障中心（盖章） 日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 序号 | 定点医药机构  代码 | 单位名称 | 地 址 | 网络运营商 | 法人 | 身份证号 | 联系电话 | 企业负责人 | 身份证号 | 联系电话 | 行政  区域 | 定点文件号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 填表人： 联系电话： | | | | | | | | | | | | |
| 备注：1、定点医药机构代码指国家贯标码。2、网络运营商指移动、联通、广电、电信。 | | | | | | | | | | | | |

1. 新增定点医药机构银行账户信息汇总表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 新增定点医药机构银行账户信息汇总表 表12 | | | | | | | | | |
| 医疗保障中心（盖章） 日期： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 序号 | 定点医药机构  代码 | 单位名称 | 户名 | 开户银行 | 银行行号 | 账号 | 同城异地标识 | 联系人 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 填表人: 联系电话： | | | | | | | | | |
| 备注：同城异地标识指是否为郑州市（含各区县（市））开户行。 | | | | | | | | | |

1. 定点医药机构信息变更汇总表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 定点医药机构信息变更汇总表 表13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医疗保障中心（盖章） 日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 序号 | 定点医药机构  代码 | 单位名称 | 名称 | | 医疗机构等级 | | 服务项目限额档次 | | 起付线医疗机构等级 | | 网络信息 | | | | | | | | | | 地址 | | | | 法人 | | | | | | | 负责人 | | | | | | | | 联系人 | | 联系电话 | | 备注 | |
| 变更前 | 变更后 | 变更前 | 变更后 | 变更前 | 变更后 | 变更前 | 变更后 | 运营商 | | IP地址 | | 子网掩码 | | | 网关 | | | 变更前 | | 变更后 | | 姓名 | | | 身份证号 | | | | 姓名 | | | | 身份证号 | | | |  | |  | |  | |
| 变更前 | 变更后 | 变更前 | | 变更前 | | | 变更前 | | | 变更前 | | 变更后 | 变更前 | | 变更后 | | 变更前 | | 变更后 | | 变更前 | | 变更后 | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 填表人： 联系电话： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 备注：1、单位名称和地址变更的情况下必须填写网络信息相关信息。2、网络信息变更的情况下必须填写变更前后相关信息。3、运营商指移动、联通、广电、电信。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1. 定点医药机构银行账户信息变更汇总表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 定点医药机构银行账户信息变更汇总表 表14 | | | | | | | | | | | | | | |
| 医疗保障中心（盖章） 日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 序号 | 定点医药机构代码 | 单位名称 | 户名 | | 银行行号 | | 开户银行 | | 账号 | | 同城异地标识 | | 联系人 | 联系电话 |
| 变更前 | 变更后 | 变更前 | 变更后 | 变更前 | 变更后 | 变更前 | 变更后 | 变更前 | 变更后 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 填表人: 联系电话： | | | | | | | | | | | | | | |

备注：同城异地标识指是否为郑州市（含各区县（市））开户行。

1. 暂停（解除）协议定点医疗机构信息汇总表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 暂停（解除）协议定点医疗机构信息汇总表 表15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医疗保障中心（盖章） 日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 序号 | 定点医药机构  代码 | 单位名称 | 医疗机构等级 | 服务项目限额档次 | 起付线医疗机构等级 | 险种类型 | 医疗类别 | 暂停（解除）协议  起止时间 | 相关文件文件号 | 地址 | 法人/院长 | 身份证号 | 联系电话 | 医保主  管院长 | 联系电话 | 医保办主任 | 联系电话 | 行政区域 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 填表人： 联系电话： | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 备注：定点医药机构代码、医疗机构等级、服务项目限额档次、起付线医疗机构等级、险种类型、医疗类别严格按照标准规范填写。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1. 暂停（解除）协议定点零售药店信息汇总表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 暂停（解除）协议定点零售药店信息汇总表 表16 | | | | | | | | | | | | |
| 医疗保障中心（盖章） 日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 序号 | 定点医药机构代码 | 单位名称 | 暂停（解除）协议起止时间 | 相关文件文件号 | 地址 | 法人 | 身份证号 | 联系电话 | 企业负责人 | 身份证号 | 联系电话 | 行政区域 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 填表人： 联系电话： | | | | | | | | | | | | |
| 备注：定点医药机构代码、医疗机构等级、服务项目限额档次、起付线医疗机构等级、险种类型、医疗类别严格按照标准规范填写。 | | | | | | | | | | | | |

1. 恢复协议定点医疗机构信息汇总表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 恢复协议定点医疗机构信息汇总表 表17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医疗保障中心（盖章） 日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 序号 | 定点医药机构  代码 | 单位名称 | 医疗机构等级 | 服务项目  限额档次 | 起付标准（元） | 险种类型 | 医疗类别 | 相关文件文件号 | 暂停（解除）协议  起止时间 | 相关文件文件号 | 地址 | 法人/院长 | 身份证号 | 联系电话 | 医保主管院长 | 联系电话 | 医保办  主任 | 联系电话 | 行政区域 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 填表人： 联系电话： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 备注：定点医药机构代码、医疗机构等级、服务项目限额档次、起付线医疗机构等级、险种类型、医疗类别严格严格按照标准规范填写。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1. 恢复协议定点零售药店信息汇总表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 恢复协议定点零售药店信息汇总表 表18 | | | | | | | | | | | | |
| 医疗保障中心（盖章） 日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 序号 | 定点医药机构代码 | 单位名称 | 暂停（解除）协议  起止时间 | 相关文件文件号 | 地 址 | 法人 | 身份证号 | 联系电话 | 企业负责人 | 身份证号 | 联系电话 | 行政区域 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 填表人： 联系电话： | | | | | | | | | | | | |
| 备注：定点医药机构代码、医疗机构等级、服务项目限额档次、起付线医疗机构等级、险种类型、医疗类别严格按照标准规范填写。 | | | | | | | | | | | | |

1. 暂停（关闭）医保网络申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 暂停（关闭）医保网络申请表 表19 | | | |
| 医疗保障中心（单位盖章） | | | |
| 定点医药机构代码 |  | 单位名称 |  |
| 暂停（解除）协议起止时间 |  | 暂停（解除）内容 |  |
| 相关文件文件号 |  | 在院病人全部出院时间 |  |
| 主要领导意见 | （签批是否同意）      （领导签字）  年 月 日 | | |
| 分管领导意见 | （签批是否同意）    （领导签字）  年 月 日 | | |
| 备注 |  | | |
| 填表人： 联系电话： | | | |
| 备注：暂停（解除）内容为：“医药机构暂停（解除）”、“\*\*险种类型暂停（解除）”、“\*\*医疗类别暂停（解除）”。 | | | |

七 信息保障类

信息保障涉及两定机构

新增变更信息业务表单说明

信息保障业务表单共有11个。其中配合定点医药机构协议管理完成网络信息保障工作涉及以下10个表单，即序号2-11，其表内序号及内容与定点医药机构协议管理类表单一致。此处仅列明表单名称，样表以定点医药机构协议管理表单为准。信息保障与定点机构协议管理工作配合使用时，由定点机构协议管理单位填报签字，信息保障部门配合信息技术支持。表单10-11为信息保障网络开、闭、变更后，通知定点医药机构时使用。

1. 用户权限申请和变更表
2. 新增定点医疗机构信息汇总表
3. 新增定点零售药店信息汇总表
4. 定点医药机构信息变更汇总表
5. 暂停（解除）协议定点医疗机构信息汇总表
6. 暂停（解除）协议定点零售药店信息汇总表
7. 恢复协议定点医疗机构信息汇总表
8. 恢复协议定点零售药店信息汇总表
9. 暂停（关闭）医保网络申请表

10.郑州市定点医药机构医保网络开通（关闭）通知书

11.郑州市定点医药机构医保网络信息变更通知书

1. 用户权限申请和变更表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 用户权限申请和变更表 表1 | | | | | |
| 部门： |  | | | 时间： |  |
| 序号 | 申请人姓名 | 身份证件号码 | 手机号码 | 账号 | 申请和变更权限内容 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 部门意见 | |  | | | |
| 分管领导意见 | |  | | | |
| 说明：此表用于业务信息系统用户权限申请。由各业务科室申请签字后交信息保障科室人员执行。 | | | | | |

1. 郑州市定点医药机构医保网络开通（关闭）通知书

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 郑州市定点医药机构医保网络开通（关闭）通知书 表11 | | | | | | | | | |
| 郑州市医疗保障中心（盖章） 分管领导签字： 日期： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 序号 | 定点医药机构代码 | 单位名称 | 地 址 | 主管院长/  负责人 | 联系电话 | 网络运营商 | IP地址 | 子网掩码 | 网关 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 填表人： 联系电话： | | | | | | | | | |
| 备注：1、定点医药机构代码参照填表说明填写。  2、定点医疗机构填报主管院长信息；定点零售药店填写负责人信息。  3、此表由郑州市医疗保障中心信息保障部门填写。 | | | | | | | | | |

11.郑州市定点医药机构医保网络信息变更通知书

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 郑州市定点医药机构医保网络信息变更通知书 表12 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 郑州市医疗保障中心（盖章） 分管领导签字： 日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 序号 | 定点医药机构代码 | 单位名称 | | 地 址 | | 主管院长/负责人 | | 联系电话 | | 运营商 | | IP地址 | | 子网掩码 | | 网关 | |
| 变更前 | 变更后 | 变更前 | 变更后 | 变更前 | 变更后 | 变更前 | 变更后 | 变更前 | 变更后 | 变更前 | 变更后 | 变更前 | 变更后 | 变更前 | 变更后 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 填表人： 联系电话： | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 备注：1、定点医药机构代码参照填表说明填写。   1. 定点医疗机构填报主管院长信息；定点零售药店填写负责人信息。 2. 此表由郑州市医疗保障中心信息保障部门填写。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

八 告知承诺书

1. 职工生育保险待遇核定（女职工无生育证）

证明事项告知承诺书

事项名称：职工生育保险待遇核定

实行告知承诺制的证明名称：正常缴费无生育证的女职工申领生育保险待遇时需提供证明

承办单位：郑州市医疗保障中心

一、基本信息

（一）申请人（以下内容为二选一） ：

**🞎** 1. 申请人为公民

姓名： 联系方式：

证件类型： 证件编号：

**🞎** 2. 申请人为法人或其他组织

名称： 统一社会信用代码：

联系人： 联系方式： 地址：

（二）委托代理人：

姓名： 联系方式：

证件类型： 证件编号：

（三）行政机关：

名称：

联系人： 联系方式：

二、行政机关告知

（一）行政事项名称：单位参保职工生育保险待遇核定

（二） 证明事项名称： 正常参保缴费女职工无生育证明，申请生育保险待遇。

（三）设定证明的依据：《中华人民共和国社会保险法》第九章第七十四条 社会保险经办机构通过业务经办、统计、调查获取社会保险工作所需的数据,有关单位和个人应当及时、如实提供。社会保险经办机构应当及时为用人单位建立档案,完整、准确地记录参加社会保险的人员、缴费等社会保险数据,妥善保管登记、申报的原始凭证和支付结算的会计凭证。第88条规定，以欺诈伪造证明材料或者其他手段骗取社会保险基金社会保险待遇。有社会保险行政部门责令退回骗取的社会保险进出，骗取金额两倍以上五倍以下罚款。《中华人民共和国刑法》第266条司法解释规定，以欺诈、伪造证明材料或其他手段骗取养老、医疗、工伤、失业、生育等社会保险金或其他社会保险待遇的，属于刑法第266条规定的诈骗公私财物的行为。

（四）证明的内容：（简要说明证明具体内容）本人生育符合国家人口和计划生育政策，符合生育保险待遇享受条件，无法提供生育证明。

（五）承诺的方式：本证明事项采用书面承诺方式。申请人愿意作出承诺的，应当向行政机关提交签章后的告知承诺书原件。（以下内容为二选一）

þ1.本证明事项必须由申请人作出承诺，不可代为承诺。

**🞎**2.本证明事项可以代为承诺。由委托代理人代替申请人作出承诺的，委托代理人应当一并提交申请人的特别授权书。

（六）行政机关核查权力：行政机关对申请人作出的承诺将根据不同情形，运用多种方式进行事中事后核查。

（七）不实承诺的责任：对在日常监管或者核查中发现承诺不实的，行政机关将依法终止办理、责令限期整改、撤销行政决定或者予以行政处罚，并纳入信用记录。涉嫌犯罪的，依法移送司法机关。

（八）承诺书是否公开（以下内容为二选一）：

þ1.本承诺书将予公开，公开时限： 30天 。

**🞎**2.本承诺书将不予公开。

三、申请人承诺

申请人现做出如下承诺：

（一）知晓行政机关告知的全部内容；

（二）已符合行政机关告知的条件、标准、要求，具体： 单位职工医保参保女职工生育，符合国家人口生育政策，本人无法提供生育证明，根据相关法律法规应当据实申报的要求，提出此项个人承诺。（如需现场核查的，请写明现场地址）

（三）愿意承担不实承诺的法律责任；

（四）本告知承诺文书中填写的信息真实、准确；

（五）上述承诺是申请人真实的意思表示。

申请人（委托代理人）： （签字／盖章） 年 月 日

行政机关： （盖章） 年 月 日

本文书一式两份，行政机关与申请人各执一份。

1. 职工生育保险待遇核定（男职工配偶无工作）

证明事项告知承诺书

事项名称：职工生育保险待遇核定

实行告知承诺制的证明名称：男职工配偶无工作证明

承办单位：郑州市医疗保障中心

一、基本信息

（一）申请人（以下内容为二选一） ：

**🞎** 1. 申请人为公民

姓名： 联系方式：

证件类型： 证件编号：

**🞎** 2. 申请人为法人或其他组织

名称： 统一社会信用代码：

联系人： 联系方式：

地址：

（二）委托代理人：

姓名： 联系方式：

证件类型： 证件编号：

（三）行政机关：

名称：

联系人： 联系方式：

二、行政机关告知

（一）行政事项名称：职工生育保险待遇核定（男职工配偶无工作生育待遇）

（二） 证明事项名称： 男职工配偶无工作证明。

（三）设定证明的依据：《中华人民共和国社会保险法》第六章第五十四条：用人单位已经缴纳生育保险费的,其职工享受生育保险待遇；职工未就业配偶按照国家规定享受生育医疗费用待遇。所需资金从生育保险基金中支付。第九章第七十四条，第七十四条社会保险经办机构通过业务经办、统计、调查获取社会保险工作所需的数据,有关单位和个人应当及时、如实提供。社会保险经办机构应当及时为用人单位建立档案,完整、准确地记录参加社会保险的人员、缴费等社会保险数据,妥善保管登记、申报的原始凭证和支付结算的会计凭证。第88条规定，以欺诈伪造证明材料或者其他手段骗取社会保险基金社会保险待遇。有社会保险行政部门责令退回骗取的社会保险进出，骗取金额两倍以上五倍以下罚款。《中华人民共和国刑法》第266条司法解释规定，以欺诈、伪造证明材料或其他手段骗取养老、医疗、工伤、失业、生育等社会保险金或其他社会保险待遇的，属于刑法第266条规定的诈骗公私财物的行为。

（四）证明的内容：（简要说明证明具体内容）张三，身份证号为 。为郑州市医保（生育）正常参保参保职工，正常享受生育保险待遇，其无工作家属生育可申请生育保险待遇，需要提供无工作证明。

（五）承诺的方式：本证明事项采用书面承诺方式。申请人愿意作出承诺的，应当向行政机关提交签章后的告知承诺书原件。（以下内容为二选一）

þ 1.本证明事项必须由申请人作出承诺，不可代为承诺。

**🞎** 2.本证明事项可以代为承诺。由委托代理人代替申请人作出承诺的，委托代理人应当一并提交申请人的特别授权书。

（六）行政机关核查权力：行政机关对申请人作出的承诺将根据不同情形，运用多种方式进行事中事后核查。

（七）不实承诺的责任：对在日常监管或者核查中发现承诺不实的，行政机关将依法终止办理、责令限期整改、撤销行政决定或者予以行政处罚，并纳入信用记录。涉嫌犯罪的，依法移送司法机关。

（八）承诺书是否公开（以下内容为二选一）：

þ 1.本承诺书将予公开，公开时限： 30天 。

**🞎** 2.本承诺书将不予公开。

三、申请人承诺

申请人现做出如下承诺：

（一）知晓行政机关告知的全部内容；

（二）已符合行政机关告知的条件、标准、要求，具体： 单位职工医保参保男职工配偶无工作生育的，应当提供无工作证明，这是男职工享受生育保险待遇的条件之一。根据相关法律法规应当据实申报的要求，提出此项个人承诺；（如需现场核查的，请写明现场地址）

（三）愿意承担不实承诺的法律责任；

（四）本告知承诺文书中填写的信息真实、准确；

（五）上述承诺是申请人真实的意思表示。

申请人（委托代理人）： （签字／盖章） 年 月 日

行政机关： （盖章） 年 月 日

本文书一式两份，行政机关与申请人各执一份。

1. 职工生育保险待遇核定（无第三方支付）

证明事项告知承诺书

事项名称：基本医疗保险待遇核定（手工报销）

实行告知承诺制的证明名称：无第三方支付证明

承办单位：郑州市医疗保障中心

一、基本信息

（一）申请人（以下内容为二选一） ：

**🞎** 1. 申请人为公民

姓名： 联系方式：

证件类型： 证件编号：

**🞎** 2. 申请人为法人或其他组织

名称： 统一社会信用代码：

联系人： 联系方式：

地址：

（二）委托代理人：

姓名： 联系方式：

证件类型： 证件编号：

（三）行政机关：

名称： 联系人： 联系方式：

二、行政机关告知

（一）行政事项名称：基本医疗保险待遇核定（手工报销）

（ 二） 证明事项名称： 无第三方支付证明。

（三）设定证明的依据：《中华人民共和国社会保险法》第三章第三十条 下列医疗费用不纳入基本医疗保险基金支付范围:（一）应当从工伤保险基金中支付的；（二）应当由第三人负担的；（三）应当由公共卫生负担的；（四）在境外就医的。第九章第七十四条 社会保险经办机构通过业务经办、统计、调查获取社会保险工作所需的数据,有关单位和个人应当及时、如实提供。社会保险经办机构应当及时为用人单位建立档案,完整、准确地记录参加社会保险的人员、缴费等社会保险数据,妥善保管登记、申报的原始凭证和支付结算的会计凭证。第88条规定，以欺诈伪造证明材料或者其他手段骗取社会保险基金社会保险待遇。有社会保险行政部门责令退回骗取的社会保险进出，骗取金额两倍以上五倍以下罚款。

《中华人民共和国刑法》第266条司法解释规定，以欺诈、伪造证明材料或其他手段骗取养老、医疗、工伤、失业、生育等社会保险金或其他社会保险待遇的，属于刑法第266条规定的诈骗公私财物的行为。

（四）证明的内容：（简要说明证明具体内容。）张三，身份证号为 。在 医疗机构住院，其医疗费用无第三方支付证明。

（五）承诺的方式：本证明事项采用书面承诺方式。申请人愿意作出承诺的，应当向行政机关提交签章后的告知承诺书原件。（以下内容为二选一）

þ1.本证明事项必须由申请人作出承诺，不可代为承诺。

**🞎**2.本证明事项可以代为承诺。由委托代理人代替申请人作出承诺的，委托代理人应当一并提交申请人的特别授权书。

（六）行政机关核查权力：行政机关对申请人作出的承诺将根据不同情形，运用多种方式进行事中事后核查。

（七）不实承诺的责任：对在日常监管或者核查中发现承诺不实的，行政机关将依法终止办理、责令限期整改、撤销行政决定或者予以行政处罚，并纳入信用记录。涉嫌犯罪的，依法移送司法机关。

（八）承诺书是否公开（以下内容为二选一）：

þ1.本承诺书将予公开，公开时限： 30天 。

**🞎**2.本承诺书将不予公开。

三、申请人承诺

申请人现做出如下承诺：

（一）知晓行政机关告知的全部内容；

（二）已符合行政机关告知的条件、标准、要求，具体： 本人发生住院费用，无第三方支付，符合职工医保政策，根据相关法律法规应当据实申报的要求，提出此项个人承诺；（如需现场核查的，请写明现场地址）

（三）愿意承担不实承诺的法律责任；

（四）本告知承诺文书中填写的信息真实、准确；

（五）上述承诺是申请人真实的意思表示。

申请人（委托代理人）： （签字／盖章） 年 月 日

行政机关： （盖章） 年＿月＿日

本文书一式两份，行政机关与申请人各执一份。

1. 职工医保个人账户一次性返还（参保人死亡）

证明事项告知承诺书

（注：此承诺书仅用于死亡人员的个账户返还；其他情况申请账户返还的，本人申请的不使用承诺制，代办人申请的，可参照此承诺书制作。）

事项名称：职工医保个人账户一次性返还（参保人死亡）

实行告知承诺制的证明名称：继承人与被继承人家庭血缘关系证明，及个人账户余额返还途径

承办单位：郑州市医疗保障中心

一、基本信息

（一）申请人（以下内容为二选一） ：

**🞎** 1.申请人为公民

姓名： 联系方式：

证件类型： 证件编号：

**🞎** 2.申请人为法人或其他组织

名称： 统一社会信用代码：

联系人： 联系方式：

地址：

（二）委托代理人：

姓名： 联系方式：

证件类型： 证件编号：

（三）行政机关：

名称：

联系人： 联系方式：

二、行政机关告知

（一）行政事项名称：职工医保个人账户一次性返还（参保人死亡）

（ 二） 证明事项名称： 继承人与被继承人家庭血缘关系证明，及个人账户余额返还途径。

（三）设定证明的依据：《中华人民共各国民法典》第六编第一章第一千一百二十二条 遗产是自然人死亡时遗留的个人合法财产。第二章 法定继承 第一千一百二十七条 遗产按照下列顺序继承：（一）第一顺序：配偶、子女、父母；（二）第二顺序：兄弟姐妹、祖父母、外祖父母。继承开始后，由第一顺序继承人继承，第二顺序继承人不继承；没有第一顺序继承人继承的，由第二顺序继承人继承。本编所称子女，包括婚生子女、非婚生子女、养子女和有扶养关系的继子女。本编所称父母，包括生父母、养父母和有扶养关系的继父母。本编所称兄弟姐妹，包括同父母的兄弟姐妹、同父异母或者同母异父的兄弟姐妹、养兄弟姐妹、有扶养关系的继兄弟姐妹。第一千一百三十二条 继承人应当本着互谅互让、和睦团结的精神，协商处理继承问题。遗产分割的时间、办法和份额，由继承人协商确定；协商不成的，可以由人民调解委员会调解或者向人民法院提起诉讼。

（四）证明的内容：（简要说明证明具体内容。）张三，身份证号为 死亡。因医保账户继承问题，需要明确继承人与被继承人间血缘亲属关系，及其医疗保险个人账户余额返还途径。

（五）承诺的方式：本证明事项采用书面承诺方式。申请人愿意作出承诺的，应当向行政机关提交签章后的告知承诺书原件。（以下内容为二选一）

**🞎** 1.本证明事项必须由申请人作出承诺，不可代为承诺。

**🞎** 2.本证明事项可以代为承诺。由委托代理人代替申请人作出承诺的，委托代理人应当一并提交申请人的特别授权书。

（六）行政机关核查权力：行政机关对申请人作出的承诺将根据不同情形，运用多种方式进行事中事后核查。

（七）不实承诺的责任：对在日常监管或者核查中发现承诺不实的，行政机关将依法终止办理、责令限期整改、撤销行政决定或者予以行政处罚，并纳入信用记录。涉嫌犯罪的，依法移送司法机关。

（八）承诺书是否公开（以下内容为二选一）：

þ1.本承诺书将予公开，公开时限：30天。

**🞎**2.本承诺书将不予公开。

三、申请人承诺

申请人现做出如下承诺：

（一）知晓行政机关告知的全部内容；

（二）已符合行政机关告知的条件、标准、要求，具体：根据国家法律法规和职工医保政策，个人账户继承需依据相关法律法规据实申报的要求，提出此项个人承诺。（如需现场核查的，请写明现场地址）

（三）愿意承担不实承诺的法律责任；

（四）本告知承诺文书中填写的信息真实、准确；

（五）上述承诺是申请人真实的意愿表达。

申请人（委托代理人）： （签字／盖章） 年 月 日

行政机关： （盖章） 年 月 日

本文书一式两份，行政机关与申请人各执一份。