

附件 2

江门市医疗保障经办政务服务事项
清单受理表格（2023 版）

目 录

- 表 1：城乡居民基本医疗保险参保登记表
- 表 2：基本医疗保险城乡居民参保信息变更登记表
- 表 3：职工基本医疗保险个人账户一次性支取申请表
- 表 4：绑定家庭成员承诺书
- 表 5：异地就医登记备案表
- 表 6：参保人员基本医疗保险信息表
- 表 7：广东省异地就医生育保险登记备案表
- 表 8：门诊特定病种待遇认定申请表
- 表 9：生育保险待遇申请表
- 表 10：职工生育保险产前检查医疗机构定点表
- 表 11：医疗救助申请卡
- 表 12：基本医疗保险异地就医备案个人承诺书
- 表 13：主动放弃承诺书

表 2：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							
6							
经办机构 意见	经办人： <div style="text-align: right;"> (受理单位盖章) 年 月 日 </div>						

表 3：职工基本医疗保险个人账户一次性支取申请表

支取人签字：

年 月 日

参保人基本情况					
姓名		身份证件号码			
支取原因	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 出国定居 <input type="checkbox"/> 主动放弃 <input type="checkbox"/> 其他				
工作单位					
账户号码					
开户行					
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			
账户号码					
开户行					
经协商，由_____代表全部继承人办理支取业务，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					

表 4：绑定家庭成员承诺书

我本人承诺符合办理医保电子凭证亲情账户绑定业务。
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。

承诺人（签名）：

日期：

备案编号：

表 5：广东省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 <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		登记类别	<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 变更	
社会保障号码		社会保障卡卡号 (可选)			
参保地 联系地址		异地联系地址			
联系电话 1		联系电话 2			
转往省 (市、区)		转往地区 (市、州)			
门诊选点医院 1		门诊选点医院 2			
温馨提示					
<p>1. 省内异地就医直接结算执行广东省目录、参保地规定的基本医疗保险基金起付标准、支付比例、最高支付限额等有关政策；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政策、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。参保人根据病情、居住地、交通等情况，自主选择就医地开通的省内（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，或在就医地非省内（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 6: 参保人员基本医疗保险信息表

(此表由转出地经办机构提供给转入地经办机构)

参保人员姓名:

证件类型及号码:

性别:

序号	时间	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
	自 年 月 日至 年 月 日					
	1	2	3	4	5	6
1						
2						
3						
4						
...						
基本医疗保险个人账户实际转出资金			大写		小写	¥

注: 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。

2.基本医疗保险类型: 从以下三项中选择填写一项①职工医保; ②城乡居民医保; ③其他。若填写其他, 须在备注说明。

3.基本医疗保险个人账户实际转出资金是指本次基金医保关系转移时由转出地经办机构划入转入地经办机构银行账户的参保人员个人账户实际资金。

表 7：广东省异地就医生育保险登记备案表

参保人姓名		身份证号码	
联系电话			
人员类别	<input type="checkbox"/> 职工 <input type="checkbox"/> 职工未就业配偶 <input type="checkbox"/> 其他：	登记类别	<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 变更
职工未就业配偶姓名（选填）		职工未就业配偶身份证号码（选填）	
是否符合国家生育政策	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	已生育子女	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 1 名 <input type="checkbox"/> 2 名 <input type="checkbox"/> 3 名 <input type="checkbox"/> 其他_____
转往省（市、区）		地区（市、州）	县（区）
产前检查选定医院			
备案时间	<input type="checkbox"/> 1. 计划生育 预计日期：____年____月____日 <input type="checkbox"/> 2. 产前检查 预计日期：____年____月____日 <input type="checkbox"/> 3. 生育 预产期：____年____月____日		
<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被委托人 签名		填表日期	

备注：1. 办理生育异地就医备案人员，其基本医疗保险同步备案至就医所在地。
 2. 备案有效期为成功备案之日起，至所填备案时间的第 30 日止。
 3. 本人承诺上述事项属实。

经办机构： 联系电话： 经办人： 经办日期：

说明：1. 病情摘要应当填写主诉、现病史、体格检查、辅助检查等确诊情况；

2. 项目构成必须符合医保政策有关规定。

3. 首次申请待遇享受有效期自定点医疗机构按照规定将认定信息上传医保信息系统备案之日起，按照自然日计算，到期自动终止。

4. 参保人员，应在相应门特病种待遇认定有效期满前 30 日内，申请办理续期。定点医疗机构应规定办理后，续期有效期自前一有效期满后次日起，按照自然日计算，到期自动终止。

5. 每申请认定一个门特病种，需填写一份《门诊特定病种待遇认定申请表》

6. 办理待遇续期需填写此表。

表 9：生育保险待遇申请表 (请正反双面打印)

姓名		证件类型		有效身份证件号 码或社保卡号码	
经办人 姓名		单位社 保编号		联系电话 (可多填)	

未就业配偶信息

姓名		身份证号码			
----	--	-------	--	--	--

申请项目信息

<input type="checkbox"/> 生育保险医疗费用	<input type="checkbox"/> 产前检查				发票总金额(元):
	<input type="checkbox"/> 生育情况	<input type="checkbox"/> 顺产 <input type="checkbox"/> 难产 胎儿数_____个	分娩时间:	年 月 日	发票总金额(元):
	<input type="checkbox"/> 终止妊娠 (含宫外孕终止妊娠)	<input type="checkbox"/> 怀孕未满 4 个月, 医疗机构 建议休假____天 <input type="checkbox"/> 怀孕 4 个月以上 7 个月以下 <input type="checkbox"/> 满 7 个月	终止妊娠时间:	年 月 日	发票总金额(元):
	<input type="checkbox"/> 计生手术 情况	<input type="checkbox"/> 流产时孕_____月 (注: 应以 B 超结果为准, 如无 B 超结果的, 以医生诊断为准。) <input type="checkbox"/> 取环 <input type="checkbox"/> 放环 <input type="checkbox"/> 输卵管结扎或复通 <input type="checkbox"/> 输精管结扎或复通	施行计划 生育手术 时间:	年 月 日	发票总金额(元):
<input type="checkbox"/> 生育津贴	分娩或施行计划生育手术时间: _____年 月 日				
	申请拨付账户 (涂改无效)	账户 性质	<input type="checkbox"/> 个人 <input type="checkbox"/> 单位		

表 10：职工生育保险产前检查医疗机构定点表

参保人姓名		联系人与联系电话	
身份证号码		预产期及办理时孕周	
男职工未就业配偶姓名 (不属未就业配偶的 无需填写)		男职工未就业配偶 身份证号码 (不属未就业配偶 的无需填写)	
是否参加基本医疗保险(男职工 未就业配偶填写)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 其他_____		
申 请 选 定 医 院			
产检选定医院		产检选定医院所在城市	
个 人 意 见			
<p>本人已知悉填报须知内容，同意申报，并授权经办机构通过信息共享方式查询本单位/个人与办理生育业务相关的信息，承诺所提供材料与信息均真实完整合法，符合办理业务条件。本次办理业务的其他承诺与告知内容陈述如下：</p> <p>1.本人本孕次符合国家计划生育政策。</p> <p>2.其他需承诺内容：</p> <p style="margin-top: 20px;">温馨提示：反欺诈法律提示：以虚构劳动关系、伪造证明材料或者其他手段骗取社会保险待遇的，属于刑法第二百六十六条规定的诈骗公私财物的行为，将依法追究刑事责任。</p> <p style="display: flex; justify-content: space-between;"> 本人签名： 填报日期： </p>			

注：1.此表由参保人填写，并签名确认。
2.本人承诺上述事项属实。

:

表 11：医疗救助申请卡

申请人基本情况	姓名		性别		年龄		身份证件号码	
	家庭住址				村(社区)		联系电话	
申请救助对象类别	<input type="checkbox"/> 低保对象 <input type="checkbox"/> 特困人员 <input type="checkbox"/> 孤儿 <input type="checkbox"/> 事实无人抚养儿童 <input type="checkbox"/> 纳入监测范围的农村易返贫致贫人口 <input type="checkbox"/> 低保边缘家庭成员 <input type="checkbox"/> 支出型困难家庭成员 <input type="checkbox"/> 残疾人：_____ <input type="checkbox"/> 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							
民政或乡村振兴或残联部门或意见								
经办机构意见								
备注								

申请人：

年 月 日

表 12：基本医疗保险异地就医备案个人承诺书

姓 名		性 别		联系电话	
身份证号码		参保地		就医地	
人员类别	<input type="checkbox"/> 异地安置退休人员 <input type="checkbox"/> 异地长期居住人员 <input type="checkbox"/> 常驻异地工作人员				
<p>参保地异地就医备案告知书（由参保地经办机构填写）</p> <p>异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员备案有效期内确需回参保地就医的，可以在参保地享受医保直接结算服务，其中参保人员以个人承诺方式办理异地长期居住人员备案手续的，可在就医地按规定享受待遇，补齐相关备案材料后在备案地和参保地双向享受医保待遇。</p>					
<p>承诺事项：</p> <p>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。</p> <p style="text-align: right;">承诺人（签名、指印）：</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>					
说明	本表由参保人员填写，由医保经办部门存档，两年内不得销毁。				

:

表 13: 主动放弃承诺书

本人_____ (证件号码: _____),
因_____等原因, 承诺主动放
弃_____等权利, 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