

附件3

河南省医疗保障经办政务服务事项

样表（2024年版）

表1：基本医疗保险单位参保信息登记表

<input type="checkbox"/> 新参保登记		<input type="checkbox"/> 暂停登记		<input type="checkbox"/> 注销登记	
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					
法定代表人		姓名		联系电话	
		身份证件号码			
开户银行		户名			
账号					
经办人员	姓名		所在部门		
	手机号码		联系电话		
参保险种		<input type="checkbox"/> 职工基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 生育保险 <input type="checkbox"/> 补充医疗保险 <input type="checkbox"/> 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			
最新核编人数 (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			
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。 <div style="text-align: right;"> 单位(盖章) _____ 年 月 日 </div>			
经办机构意见		<input type="checkbox"/> 经审核，申报单位不符合参保登记办理条件。 经审核，同意申报单位办理以下社会保险登记： <input type="checkbox"/> 职工基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 生育保险 <input type="checkbox"/> 补充医疗保险 <input type="checkbox"/> 其他（_____） <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 经办人签字：_____ 经办机构(盖章) _____ _____ 年 月 日 </div>			

表2：职工基本医疗保险参保登记表

单位名称（公章）		单位编码：		险种：		<input type="checkbox"/> 灵活就业人员						
序号	姓名	身份证件类型	身份证件号码	申报工资 (元/月)	业务类型						手机号码	备注
					增加	暂停	终止	恢复	在职转退休	统筹区内转移		
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												

注：灵活就业人员无需单位盖章和填写单位编码。

填报人：

联系电话：

经办机构经办人：

年 月 日

表3：城乡居民基本医疗保险参保登记表

姓名			身份证件类型		
身份证件号码					
性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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) 乡镇(街道)	村(社区)	
通讯地址					
申请人身份	(建议列选择项打勾, 如 <input type="checkbox"/> 中小儿童 <input type="checkbox"/> 大学生 <input type="checkbox"/> 无业成年人等)				
财政补助对象	(建议列选择项打勾, 如 <input type="checkbox"/> 低保 <input type="checkbox"/> 特困等)				
业务类型	<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 暂停 <input type="checkbox"/> 终止 <input type="checkbox"/> 恢复				
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	<input type="checkbox"/> 经审核, 符合城乡居民医保参保规定。 <input type="checkbox"/> 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				

表4：基本医疗保险参保单位信息变更登记表

单位编码：

填表日期：

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	
单位 经办人	姓名		姓名	
	联系电话		联系电话	
开户银行 及账号	开户银行		开户银行	
	账号		账号	
其他				
备注				
经办机构 审核意见	经办人：_____ （受理单位盖章） 年 月 日			

表5：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	姓名	身份证件号码	变更项目	变更前	变更后	参保人签字	备注
1							
2							
3							
4							
5							
6							
单位 经办人 (签章)		单位意见 (盖章)			经办机构 意见		

备注：灵活就业人员无需单位盖章和填写单位信息

表6：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	姓名	身份证件号码	变更项目	变更前	变更后	参保人签字	备注
1							
2							
3							
4							
5							
6							
经办机构意见	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 45%;"> <p style="margin-left: 40px;">经办人： _____</p> <p style="margin-left: 40px;">_____ 日</p> </div> <div style="width: 45%; text-align: right;"> <p>(受理单位盖章)</p> <p>_____ 年 _____ 月 _____ 日</p> </div> </div>						

表9：参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						
2						
3						
4						
...						
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：

医疗保障经办机构(章)：

日期：

年 月 日

表10：河南省基本医疗保险异地就医登记备案表

备案编号：

姓名		性别		参保类别	1. 职工医保（离休） <input type="checkbox"/> 2. 城乡居民医保 <input type="checkbox"/>
身份证件号码					
人员类别	<input type="checkbox"/> 异地长期居住备案	<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	登记类别	<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 变更 <input type="checkbox"/> 取消	
	<input type="checkbox"/> 临时外出就医备案	<input type="checkbox"/> 异地急诊抢救 <input type="checkbox"/> 异地转诊就医 <input type="checkbox"/> 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					
<p>1. 异地就医需遵循“先备案、再住院、持码卡结算”原则，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。</p> <p>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）。若因特殊情况，上述材料备案时无法提供的，需填写个人承诺书。办理异地长期居住备案后，备案长期有效；以证明材料办理备案的，可随时申请变更；以个人承诺形式办理备案且备案时间少于6个月的，变更备案信息需提供备案类型所需证明材料。</p> <p>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；异地急诊抢救人员由就诊医院录入急诊信息后视同已备案（就诊医院不具备条件的，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）；其他临时外出就医（非急诊未转诊）人员填写个人承诺书。临时外出就医人员备案有效期原则上为6个月。</p> <p>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。办理异地长期居住备案后，门诊慢特病待遇同步在备案地使用，直接结算门诊慢特病病种在备案地享受直接结算，非直接结算病种自费结算回参保地手工报销。</p> <p>5. 参保人员办理长期异地就医备案后，异地就医时原则上享受正常待遇水平；回参保地就医时也可享受直接结算服务，原则上不低于参保地异地转诊待遇水平。参保人员办理临时外出就医备案后，异地转诊人员和异地急诊抢救人员异地就医时原则上降低不超过10个百分点，其他临时外出就医（非急诊未转诊）人员异地就医时原则上降低不超过20个百分点；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。</p>					
备案开始日期	年 月 日	备案结束日期	<input type="checkbox"/> 默认 <input type="checkbox"/> 年 月 日		
是否提供备案对应材料	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 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

（一式两份，申办人和经办部门各留一份）

表12

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

（填写办理材料名称），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13

定点医疗机构申请表

申请单位：_____

申请时间：_____年_____月_____日

定点医疗机构申请表

医疗机构名称					
法定代表人				机构类别	
所有制形式				注册资金	
医院等级				营业面积	
单位住所地					
申请门诊服务 <input type="checkbox"/>		申请住院服务 <input type="checkbox"/>		补充科室服务 <input type="checkbox"/>	
申请康复服务 <input type="checkbox"/>		申请生育服务 <input type="checkbox"/>		申请体检服务 <input type="checkbox"/>	
联系人				联系电话	
医保管理部门					
卫生 技术 人员 构 成	员工类别	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				
近三 个月 业务	门诊人次			次均门诊医疗费	
	住院人次			平均住院日	

收支情况	人均住院费		人均日住院费			
	业务收入		业务支出			
类别		总数				
药品						
医用耗材						
服务项目						
科室设置情况	科室	床位数	科室	床位数	科室	座位数
大型医疗设备清单	科室	设备名称	适应症	单项次收费	备注	

注：大型医疗设备是指单项次收费在100元以上的设备。

申 请 内 容 及 承 诺	（医疗机构基本情况、特色及承诺）
	法定代表人：（签字） （申请单位印章） 年 月 日

- 填写说明：
1. 本表要求字迹工整，内容真实。
 2. “医保管理部门”一栏是指医疗机构负责医疗保障服务管理的部门。
 3. “申请内容及承诺”一栏填写申请机构的基本情况、特色。承诺包含单位基本情况、申报材料的真实性，是否存在行政处罚、医疗（药事）事故，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。

表14

定点零售药店申请表

申请单位：_____

申请时间：_____年_____月_____日

定点零售药店申请表

药店名称			
营业执照号		法定代表人	
所有制形式		所在辖区	
企业负责人		质量负责人	
药店营业地址			营业面积
联系人		联系电话	
药品经营许可证号			
药店开户名称			
药店开户行			
药店开户账号			
人员构成	注册执业药师	姓名： 注册地：	
	收银员	姓名：	
	营业员及其他人员数		
	合计人数		
药品数量	类 别	总 数	
	药 品		
	医用耗材		

	医疗器械				
近三 个月 销售 情况	月份	药品、医用耗材、医疗器械		其他销售种类	
		品种	金额	品种	金额
申 请 内 容 及 承 诺	<p>(零售药店基本情况、承诺)</p> <p>法定代表人： (签字) (申请单位印章)</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>				

填表说明：承诺包含申报单位基本情况、申请材料的真实性，是否存在行政处罚和行业违规行为，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。