

# 济南市医疗保障局文件

济医保字〔2024〕2号

## 济南市医疗保障局 关于印发《济南市医疗保障经办政务服务 事项清单（2024版）》的通知

各区县（功能区）医疗保障部门，各处室，局属各单位：

为提高我市医疗保障经办服务标准化、规范化水平，根据国家、省医疗保障经办政务服务事项清单有关要求，制定了《济南市医疗保障经办政务服务事项清单（2024版）》（以下简称市清单），请遵照执行。

**一、夯实主体责任。**要将市清单的发布和实施工作，列入重要议事日程，加强组织领导，细化工作措施。要持续深化医保经办体系建设，切实发挥好公共服务主体责任，认真遵循市清单内容，为全市提供统一规范的医疗保障经办服务。

**二、抓好宣贯落实。**要通过宣传册、宣传海报、门户网站、微信公众号等多种渠道开展宣传，确保形式直观、易看易懂。要重点规范乡镇（街道）、村（社区）两级下沉的医保服务事项管理，着力做好日常服务监管和业务审核。要加强内部管理，主动接受社会监督和评价，确保落实到位。

**三、强化信息支撑。**要高度重视医保经办数智化转型，充分运用信息化手段，准确统计科学分析线上线下各类渠道的办件情况，重点对办理时限进行监测和预警，实现经办服务事项办理全流程监管，切实提升医疗保障经办服务标准化水平。要结合市清单实施工作，及时对信息系统适应性提出优化建议。

**四、加强监督评价。**建立市清单执行情况监督和追责问责工作机制，对超清单规定提供办理材料、超规定时限办结业务等情形的，进行及时督导和督办。市医疗保障局将把清单落实情况作为医疗保障经办管理服务评价的重要内容，评价结果即时通报。

- 附件：1. 济南市医疗保障经办政务服务事项清单（2024版）  
2. 济南市医疗保障经办政务服务事项表单（2024版）

济南市医疗保障局  
2024年2月28日

（此件主动公开）

附件 1

## 济南市医疗保障经办政务服务事项清单（2024 版）

主项	子项序号	子项	办理材料	办理时限	办理环节	办理方式	备注	设定依据
一、基本医疗保险参保和变更登记	1	单位参保登记	统一社会信用代码证书或单位批准成立的文件。	即时办结	申请—受理—审核—办结	现场办理 网上办理	1.可通过山东省一体化在线政务服务平台“企业开办全程网办”专栏共享获取企业注册信息完成单位参保登记。 2.参保登记含新参保、暂停参保、注销登记、单位拆分、合并、分立等相关内容。	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.《中华人民共和国社会保险法》第二十三条、第二十四条、第五十七条、第五十八条；</li> <li>2.《社会保险费征缴暂行条例》（国务院令 259 号）第八条；</li> <li>3.《社会保险经办条例》（国务院令 765 号）第六条、第十条；</li> <li>4.《香港澳门台湾居民在内地（大陆）参加社会保险暂行办法》（中华人民共和国人力资源和社会保障部、国家医疗保障局令 41 号）第二条、第三条、第四条、第十四条；</li> <li>5.《在中国境内就业的外国人参加社会保险暂行办法》（中华人民共和国人力资源和社会保障部令 16 号）第三条、第四条；</li> <li>6.《关于印发〈外国人在中国永久居留享有相关待遇的办法〉的通知》（人社部发〔2012〕53 号）第九条；</li> <li>7.《山东省医疗保障局办公室关于实施医保便民服务二十项措施的通知》（鲁医保办发〔2023〕14 号）。</li> </ol>

主项	子项序号	子项	办理材料	办理时限	办理环节	办理方式	备注	设定依据
一、基本医疗保险参保和变更登记	2	职工参保登记	1.在职职工：无； 2.灵活就业人员：有效身份证件。	即时办结	申请—受理— 审核—办结	现场办理 网上办理	1.特殊人群还需提供：（1）港澳台人员参加单位职工医保的,需提供港澳居民来往内地通行证或港澳台居民居住证、建立劳动关系的证明；（2）外国人参加单位职工医保的, 只需提供外国人永久居留证即可办理；（3）出国定居的, 需提供护照或永久居留证；（4）在职转退休的, 需提供退休审批材料。 2.有效身份证件包括身份证、居住证、户口簿、护照、港澳居民来往内地通行证、港澳台居民居住证、外国人永久居留证等（下同）。 3.委托办理的, 应提供委托人及代理人身份证件原件及委托人授权委托书（下同）。 4.具备条件的职工在职转退休可“免申即享”。 （通过“爱山东”APP、“济南医保”微信或支付宝小程序办理, 无需提供申请材料。）	1.《中华人民共和国社会保险法》第二十三条、第二十四条、第五十七条、第五十八条； 2.《社会保险费征缴暂行条例》（国务院令259号）第八条； 3.《社会保险经办条例》（国务院令765号）第六条、第十条； 4.《香港澳门台湾居民在内地（大陆）参加社会保险暂行办法》（中华人民共和国人力资源和社会保障部、国家医疗保障局令41号）第二条、第三条、第四条、第十四条； 5.《在中国境内就业的外国人参加社会保险暂行办法》（中华人民共和国人力资源和社会保障部令16号）第三条、第四条； 6.《关于印发<外国人在中国永久居留享有相关待遇的办法>的通知》（人社部发〔2012〕53号）第九条； 7.《山东省医疗保障局办公室关于实施医保便民服务二十项措施的通知》（鲁医保办发〔2023〕14号）。
	3	城乡居民参保登记	1.《城乡居民基本医疗保险参保登记表》； 2.有效身份证件。	即时办结	申请—受理— 审核—办结	现场办理 网上办理	1.特殊人群还需提供：（1）港澳台人员参加居民医保的, 需提供港澳居民来往内地通行证或港澳台居民居住证； （2）外国人参加居民医保的, 需提供外国人永久居留证。 2.有效身份证件包括身份证、居住证、户口簿、护照、港澳居民来往内地通行证、港澳台居民居住证、外国人永久居留证等。	1.《中华人民共和国社会保险法》（主席令35号）第二十五条； 2.《社会保险经办条例》（国务院令765号）第六条、第十条； 3.《香港澳门台湾居民在内地（大陆）参加社会保险暂行办法》（人力资源和社会保障部、国家医保局令41号）第二条、第三条、第四条、第十四条； 4.《关于印发<外国人在中国永久居留享有相关待遇的办法>的通知》（人社部发〔2012〕53号）第九条； 5.《国务院关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》（国发〔2016〕3号）。

主项	子项序号	子项	办理材料	办理时限	办理环节	办理方式	备注	设定依据
一、基本医疗保险参保和变更登记	4	单位参保信息变更登记	无。	即时办结	申请—受理— 审核—办结	现场办理 网上办理	变更法定代表人、营业执照地址等关键信息的，现场办理需提供变更后法人身份证、变更后企业营业执照。 (通过“济南市医疗保障局”官方网站进行变更的，无需提供申办材料。)	1.《中华人民共和国社会保险法》(主席令第35号)第八条、第五十七条; 2.《社会保险费征缴暂行条例》(国务院令第259号)第九条; 3.《社会保险经办条例》(国务院令第765号)第八条、第九条、第十条。
	5	职工参保信息变更登记	1.《基本医疗保险职工参保信息变更登记表》(关键信息变更加盖单位公章); 2.医保电子凭证或有效身份证件或社会保障卡。	即时办结	申请—受理— 审核—办结	现场办理 网上办理	变更姓名、性别、身份证号、出生日期等关键信息的，还需提供以下材料: 1.居民身份证复印件; 2.公安部门出具的更改证明; 3.缴费单位的书面情况说明; 4.其他证明材料:(1)工资发放原始凭证、考勤记录原件或加盖公章的复印件;(2)劳动合同、解除劳动合同原件或加盖公章的复印件。	
	6	城乡居民参保信息变更登记	1.《基本医疗保险城乡居民参保信息变更登记表》; 2.医保电子凭证或有效身份证件或社会保障卡。	即时办结	申请—受理— 审核—办结	现场办理 网上办理	变更姓名、性别、身份证号、出生日期等关键信息的，需提供以下材料: 1.居民身份证复印件; 2.公安部门出具的更改证明。	
二、基本医疗保险参保信息查询和个人账户一次性支取	7	参保单位参保信息查询	单位有效证明文件。	即时办结	申请—受理— 办结	现场办理 网上办理	单位有效证明文件可包括:统一社会信用代码证书或介绍信。	1.《中华人民共和国社会保险法》(主席令第35号)第七十四条; 2.《社会保险费征缴暂行条例》(国务院令第259号)第十六条; 3.《社会保险经办条例》(国务院令第765号)第三十二条。
	8	参保人员参保信息查询	医保电子凭证或有效身份证件或社会保障卡。	即时办结	申请—受理— 办结	现场办理 网上办理		

主项	子项序号	子项	办理材料	办理时限	办理环节	办理方式	备注	设定依据
二、基本医疗保险参保信息查询和个人账户一次性支取	9	参保人员个人账户一次性支取	医保电子凭证或有效身份证件或社会保障卡。	即时办结	申请—受理—审核—拨付—办结	现场办理 网上办理	1.参保人死亡的,通过数据共享无法查询死亡信息,办理死亡继承结清需提供以下材料:(1)死亡证明复印件;(2)法定继承人(或指定受益人)居民身份证;如代办提供代办人的居民身份证及法定继承人(或指定受益人)居民身份证复印件;(3)法定继承人(或指定受益人)与死亡人员关系证明;(4)《职工基本医疗保险个人账户一次性支取申请表》。 2.出国定居结清需提供以下材料:(1)国外身份证件或护照复印件;(2)《职工基本医疗保险个人账户一次性支取申请表》;(3)非本人支取需提供相应的代办或公证等材料。	1.《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》(国发〔1998〕44号); 2.《香港澳门台湾居民在内地(大陆)参加社会保险暂行办法》(人力资源和社会保障部、国家医保局令第41号)第七条; 3.《在中国境内就业的外国人参加社会保险暂行办法》(人力资源和社会保障部令第16号)第五条、第六条。
三、基本医疗保险关系转移接续	10	医保关系转出	医保电子凭证或有效身份证件或社会保障卡。	跨省转移接续不超过15个工作日,省内转移接续不超过9个工作日	申请—受理—审核—办结	现场办理 网上办理	具备条件的省内医保关系转出可“免申即享”。	1.《中华人民共和国社会保险法》第三十二条; 2.《国家医保局办公室财政部办公厅关于印发<基本医疗保险关系转移接续暂行办法>的通知》(医保办发〔2021〕43号)第二条、第八条、第九条;
	11	医保关系转入	医保电子凭证或有效身份证件或社会保障卡。	跨省转移接续不超过15个工作日,省内转移接续不超过9个工作日	申请—受理—审核—办结	现场办理 网上办理	具备条件的省内医保关系转入可“免申即享”。	3.《山东省医疗保障局办公室关于实施医保便民服务二十项措施的通知》(鲁医保办发〔2023〕14号)。

主项	子项序号	子项	办理材料	办理时限	办理环节	办理方式	备注	设定依据
四、基本医疗保险参保人员异地就医备案	12	异地长期居住人员备案	无。	即时办结	申请—办结	现场办理 网上办理		《山东省医疗保障局 山东省财政厅关于调整我省参保人员异地就医政策有关问题的通知》（鲁医保发〔2021〕46号）。
	13	临时外出就医人员备案	无。	即时办结	申请—办结	现场办理 网上办理	省内临时外出就医人员无需办理备案。	
五、基本医疗保险参保人员享受门诊慢特病病种待遇认定	14	基本医疗保险参保人员享受门诊慢特病病种待遇认定	申请病种的相关病历、检查化验报告。	恶性肿瘤的门诊治疗,尿毒症透析治疗,组织或器官移植(抗排异治疗),严重精神障碍,其他精神障碍,神经系统良性肿瘤门诊治疗,白血病等7个病种即时办结,其他病种不超过9个工作日。	申请—受理—审核—办结	现场办理 网上办理	1.门诊慢特病病种待遇认定由符合要求的定点医疗机构受理、初审,医保经办机构复审、备案。 2.门诊慢特病I类病种,在参保人知情同意的基础上,具备条件的医疗机构可直接调取电子病历,认定备案,“免申即享”。	1.《国家医保局财政部关于建立医疗保障待遇清单制度的意见》(医保发〔2021〕5号)国家医疗保障待遇清单(2020版)第二条第(三)款; 2.《山东省医疗保障局办公室关于实施医保便民服务二十项措施的通知》(鲁医保办发〔2023〕14号)。
六、基本医疗保险参保人员医疗费用手工(零星)报销	15	门诊费用报销	1.医院收费有效票据; 2.费用清单。	不超过9个工作日	申请—受理—审核—拨付—办结	现场办理 网上办理	1.急诊需提供急诊诊断证明。 2.意外伤害就医的,需提供病历复印件,如有第三方责任的还应提供交警事故认定书或人民法院判决书或调解协议书等公检法部门出具的相关证明材料复印件一份,如自述无第三方责任的还应填写个人承诺书。 3.使用“三定”管理“双通道”药品的,需提供《济南市“三定”管理“双通道”药品使用申请及评估表》。 4.特殊情况可要求提供病历中对应的佐证资料。	1.《中华人民共和国社会保险法》(主席令第35号)第二十八条、第三十条; 2.《社会保险经办条例》(国务院令第765号)第三章第二十条; 3.《国家医疗保障局关于加快解决群众办事堵点问题的通知》(国医保电〔2018〕14号)。
	16	住院费用报销	1.医院收费有效票据; 2.费用清单; 3.出院记录(诊断材料)。	不超过9个工作日	申请—受理—审核—拨付—办结	现场办理 网上办理		

主项	子项序号	子项	办理材料	办理时限	办理环节	办理方式	备注	设定依据
七、生育保险待遇核准支付	17	产前检查费支付	1.提供符合办理生育保险待遇核准支付业务个人承诺书1份; 2.医院收费票据;诊断材料。	不超过9个工作日	申请—受理— 审核—拨付— 办结	现场办理 网上办理	1.合并支付的一次性提供材料。 2.符合条件的生育津贴支付提供“免申即享”服务。	1.《中华人民共和国社会保险法》(主席令 第35号)第五十四条、第五十五条; 2.《社会保险经办条例》(国务院令 第765号)第二十条; 3.《女职工劳动保护特别规定》第七条、第八条; 4.《山东省女职工劳动保护办法》(省政府令 第322号); 5.《关于印发<关于规范统一全省职工基本医疗保险待遇保障政策的实施方案>的通知》(鲁医保发〔2023〕45号); 6.《山东省医疗保障局办公室关于实施医保便民服务二十项措施的通知》(鲁医保办发〔2023〕14号)。
	18	生育医疗费支付	1.提供符合办理生育保险待遇核准支付业务个人承诺书1份; 2.医院收费票据,住院、门诊费用清单,门诊病历原件或复印件,住院病历。	不超过9个工作日	申请—受理— 审核—拨付— 办结	现场办理 网上办理		
	19	计划生育医疗费支付	1.提供符合办理生育保险待遇核准支付业务个人承诺书1份; 2.医院收费票据,住院、门诊费用清单,出院记录(诊断材料),门诊病历原件或复印件。	不超过9个工作日	申请—受理— 审核—拨付— 办结	现场办理 网上办理		

主项	子项序号	子项	办理材料	办理时限	办理环节	办理方式	备注	设定依据
七、生育保险待遇核准支付	20	生育津贴支付	1.提供符合办理生育保险待遇核准支付业务个人承诺书1份； 2.出院记录（诊断材料）。	不超过9个工作日	申请—受理— 审核—拨付— 办结	现场办理 网上办理	1.合并支付的一次性提供材料。 2.符合条件的生育津贴支付提供“免申即享”服务。	1.《中华人民共和国社会保险法》（主席令 第35号）第五十四条、第五十五条； 2.《社会保险经办条例》（国务院令 第765号）第二十条； 3.《女职工劳动保护特别规定》第七条、第八条； 4.《山东省女职工劳动保护办法》（省政府令 第322号）； 5.《关于印发<关于规范统一全省职工基本医疗保险待遇保障政策的实施方案>的通知》（鲁医保发〔2023〕45号）； 6.《山东省医疗保障局办公室关于实施医保便民服务二十项措施的通知》（鲁医保办发〔2023〕14号）。
八、医疗救助对象待遇核准支付	21	符合资助条件的救助对象参加城乡居民基本医疗保险个人缴费补贴	1.救助对象身份证明； 2.个人缴纳基本医保参保费用有效凭证。	—	—	非依申请事项	政府相关部门确认救助对象资格，并财政拨付费用，无需救助对象申报垫付。	1.《社会救助暂行办法》（国务院令 第649号）； 2.《山东省人民政府办公厅 关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的实施意见》（鲁政办发〔2022〕12号）； 3.《贯彻落实山东省人民政府办公厅关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的实施意见的若干政策措施》（济医保发〔2022〕14号）。
	22	医疗救助对象手工（零星）报销	1.医保电子凭证或有效身份证件或社会保障卡； 2.基本医保、大病保险报销后的结算单、就医有效票据。	不超过9个工作日	申请—受理— 审核—拨付— 办结	现场办理 网上办理	与医疗费手工报销一次性提供材料、单制结算。	1.《城乡医疗救助基金管理办法》（财社〔2013〕217号）； 2.《山东省人民政府办公厅 关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的实施意见》（鲁政办发〔2022〕12号）； 3.《贯彻落实山东省人民政府办公厅关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的实施意见的若干政策措施》（济医保发〔2022〕14号）。

主项	子项序号	子项	办理材料	办理时限	办理环节	办理方式	备注	设定依据
九、医药机构申请定点协议管理	23	医疗机构申请定点协议管理	<p>1.《医疗保障协议定点医疗机构申请表》；</p> <p>2.医疗机构执业许可证副本（全本）或军队医疗机构为民服务许可证、经营场所房产证明或租赁协议、注册在本机构的执业医师注册证、护士注册证及卫生技术人员资格证书复印件；</p> <p>3.《医疗机构从业人员名册》、本单位《社会保险个人权益记录单》《大型医疗设备清单》、信息管理系统截图（包括HIS系统截图、电子病历系统截图、药械进销存系统截图,截图需体现本单位名称）；</p> <p>4.与医保政策对应的内部管理制度和财务制度文本；</p> <p>5.纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告。</p>	不超过45个工作日	申请—受理—审核—办结(审核环节包括评估、公示、协商谈判、协议签订等)	现场办理 网上办理		<p>1.《中华人民共和国社会保险法》（主席令第35号）第三十一条；</p> <p>2.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医保局令第2号）；</p> <p>3.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》（国家医保局令第3号）。</p>

主项	子项序号	子项	办理材料	办理时限	办理环节	办理方式	备注	设定依据
九、医药机构申请定点协议管理	24	零售药店申请定点协议管理	1.《医疗保障协议定点零售药店申请表》； 2.药品经营许可证副本、营业执照副本和法定代表人、主要负责人或实际控制人身份证、经营场所的房产证明或租赁协议、《执业药师注册证》、从业人员劳动合同复印件、《零售药店从业人员名册》、本单位《社会保险个人权益记录单》、药品进销存计算机管理系统截图（需体现本门店名称）； 3.与医保政策对应的内部管理制度和财务制度文本； 4.纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告。	不超过45个工作日	申请—受理—审核—办结(审核环节包括评估、公示、协商谈判、协议签订等)	现场办理 网上办理		1.《中华人民共和国社会保险法》（主席令 第35号）第三十一条； 2.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医保局令 第2号）； 3.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》（国家医保局令 第3号）。

主项	子项序号	子项	办理材料	办理时限	办理环节	办理方式	备注	设定依据
十、定点医药机构费用结算	25	基本医疗保险定点医疗机构费用结算	《基本医疗保险定点医疗机构医保费用申报表》。	不超过30个工作日	申请—受理—审核—拨付—办结	现场办理 网上办理	通过医保专网联网办理。	1.《中华人民共和国社会保险法》（主席令第35号）第三十一条； 2.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第2号）。
	26	基本医疗保险定点零售药店费用结算	《基本医疗保险定点零售药店医保费用申报表》。	不超过30个工作日	申请—受理—审核—拨付—办结	现场办理 网上办理	通过医保专网联网办理。	1.《中华人民共和国社会保险法》（主席令第35号）第二十九条； 2.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第3号）。
十一、长期护理保险待遇申请	27	长期护理保险待遇申请	1.《济南市长期护理保险待遇申请表》； 2.身份证复印件； 3.相关住院病历、有效诊断证明。	不超过25个工作日	申请—受理—评估—办结	现场办理		1.国家医保局、财政部《关于扩大长期护理保险制度试点的指导意见》（医保发〔2020〕37号）； 2.《关于建立职工长期医疗护理保险制度的意见》（济人社发〔2016〕45号）； 3.《济南市长期医疗护理保险实施办法》（济人社发〔2018〕127号）； 4.《关于扩大济南市长期护理保险制度试点的工作方案》（济医保发〔2021〕3号）。

## 附件 2

### 表 1：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	<input type="checkbox"/> 新生儿 <input type="checkbox"/> 儿童 <input type="checkbox"/> 成年居民 <input type="checkbox"/> 新生儿(二孩、三孩)				
财政补助对象	<input type="checkbox"/> 低保对象 <input type="checkbox"/> 特困人员 <input type="checkbox"/> 低保边缘家庭成员 <input type="checkbox"/> 孤儿 <input type="checkbox"/> 事实无人抚养儿童 <input type="checkbox"/> 脱贫不稳定户 <input type="checkbox"/> 边缘易致贫户 <input type="checkbox"/> 突发严重困难户 <input type="checkbox"/> 返贫致贫人口 <input type="checkbox"/> 重度残疾 <input type="checkbox"/> 抚恤定补优抚对象				
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	<p>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。</p> <p>(签字) _____ 年 月 日</p>				
收件审核	<p><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。</p> <p>经办人: _____ (受理单位盖章)  年 月 日</p>				

## 表 2：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	签字	备注
1							
2							
3							
4							
单位经办人 (签章)	单位意见(盖章)		经办机构意见				

备注：1.灵活就业人员无需单位盖章和填写单位信息。

2.变更姓名、性别、身份证号、出生日期等关键信息的，还需提供以下材料：

- (1) 居民身份证复印件；
- (2) 公安部门出具的更改证明；
- (3) 缴费单位的书面情况说明；
- (4) 其他证明材料：①工资发放原始凭证、考勤记录原件或加盖公章的复印件②劳动合同、解除劳动合同原件或加盖公章的复印件。

### 表 3：基本医疗保险城乡居民参保信息变更登记

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							
经办机构意见	经办人： _____ (受理单位盖章) _____ 年 月 日						

备注：变更姓名、性别、身份证号、出生日期等关键信息的，需提供以下材料：

1. 居民身份证复印件；
2. 公安部门出具的更改证明。

## 表 4：职工基本医疗保险个人账户一次性 支取申请表

参保人姓名		居民身份证号码	
收款人姓名		居民身份证号码	
与参保人关系		收款人手机号码	
收款人银行名称			
收款人银行账号			
今有_____（身份证号：_____）办理参保人职工基本医疗保险个人账户_____一次 性支取业务，有关款项汇入指定银行账户，分配事宜自行解决，由此产生的法律纠纷自行负责。			
签字：_____ 年 月 日			

经办人签字：

管理单位（章）

年 月 日

备注：1.出国定居结清需提供以下材料：

- （1）《职工基本医疗保险个人账户一次性支取申请表》；
- （2）国外身份证件或护照复印件；
- （3）非本人支取需提供相应的代办或公证等材料。

2.死亡结清业务所需材料：

- （1）《职工基本医疗保险个人账户一次性支取申请表》；
- （2）法定继承人（或指定受益人）居民身份证（或爱山东 APP 申领的电子身份证）；如代办提供代办人的居  
民身份证（或爱山东 APP 申领的电子身份证）及法定继承人（或指定受益人）居民身份证复印件；
- （3）法定继承人（或指定受益人）与死亡人员关系证明；
- （4）死亡证明复印件。

说明：本表一式两份，管理单位（社区保障服务中心）、医保经办机构各一份。

# 表 5：参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

备案编号：

## 表 6：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"/> 异地长期居住人员备案 <input type="checkbox"/> 临时外出就医人员备案		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）		
参保地家庭地址			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）		
温馨提示					
1.异地就医直接结算执行就医地规定的支付范围及有关规定，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。					
2.办理备案时直接备案到就医地市或直辖市。参保人员根据病情、居住地、交通等情况，自主选择就医地开通异地联网结算的定点医疗机构就医。					
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。					
4.异地急诊抢救人员视同已备案。					
5.山东省内临时异地就医免备案。					
6.未按规定办理登记备案手续，或在就医地非联网结算定点医疗机构发生的医疗费用，按参保地现有规定执行。					
本人（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 7：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 8：符合办理生育保险待遇核准支付业务 个人承诺书

参保人\_\_\_\_\_（身份证件号码：\_\_\_\_\_）

代办人\_\_\_\_\_（身份证件号码：\_\_\_\_\_）

参保人与代办人关系

申请办理以下业务：

女职工生育保险业务：一胎 非一胎 引流产

男职工生育补助金业务：配偶姓名\_\_\_\_\_（身份证件号码：\_\_\_\_\_），未通过其他途径享受生育医疗待遇。

女性灵活就业人员生育业务

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。

参保人联系电话：

参保人通讯地址：

参保人或代办人（签名、指印）：

年 月 日

表 9-1

# 医疗保障协议定点医疗机构申请表

申请单位：\_\_\_\_\_

申请时间： 年 月 日

## 填写说明

- 一、本表采用打印版，要求内容真实。
- 二、“申请业务内容”一栏是指开展“门诊”“住院”。
- 三、“医保职能部门”一栏是指医疗机构内部设立或指定的负责医疗保障业务管理的部门。

# 医疗保障协议定点医疗机构申请表

医疗机构名称		医疗机构地址	
统一社会信用代码		所有制形式	
执业许可证号		主管部门	
经营性质		正式运营时间	
批准床位数		经营面积	
基本账户开户银行及账号		医疗机构等级	
法定代表人	姓名:	联系电话:	
	身份证号码:		
实际控制人(主要负责人)	姓名:	联系电话:	
	身份证号码:		
主管医保工作负责人		联系电话	
医保职能部门联系人		联系电话	
在职职工人数		在本单位缴纳社保、医保人数	
申请业务内容	住院 <input type="checkbox"/> 门诊 <input type="checkbox"/>		
卫技人员汇总情况 (以注册人员为准)		人数	第一注册地在本机构的人数
	医生		
	护士		
	医技		
	药师		
	合计		
科室设置、病床数情况	科室数量	住院开放床位数	其他
申请承诺	<p>本机构自愿申请承担医疗保障服务，并严格遵守医疗保障有关管理规定，对所提交资料的真实性负责，如有虚假不实，本机构将承担由此带来的一切法律、经济等方面的后果及责任。</p> <p>本机构已认真阅读《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第2号）申请定点相关要求，无第十二条不予受理情形；已认真阅读济南市医疗保障局医疗保障定点医疗机构协议管理要求，承诺在申请纳入协议管理后严格遵守协议管理的各项要求。</p> <p style="text-align: center;">法定代表人签字: _____ (单位盖章)</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>		
联系人		联系电话	

## 表 9-2：医疗机构从业人员名册

从业人员共\_\_\_\_\_人，其中：执业医师\_\_\_\_\_人，助理医师\_\_\_\_\_人，执业护士\_\_\_\_\_人。

序号	科室	姓名	身份证号（18位）	人员类别	医师技术职称	护士技术职称	在本单位注册执业时间 （医护人员填写）	是否退休	本人签名

说明：

- 1.人员类别具体为：执业医师、助理医师、执业护士、其他，按人员类别“执业医师-助理医师-执业护士-其他”的顺序归类填写，每类别按照技术职称高级-中级-初级顺序填写，无具体职称的类别按职务高低填写。
- 2.表格行数不足可自行添加。

### 表 9-3：大型医疗设备清单

序号	品种	型号及数量	购买年月	有效期
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				

说明：表格行数不足可自行添加。

表 10-1

# 医疗保障协议定点零售药店申请表

申请单位：\_\_\_\_\_

申请时间： 年 月 日

## 填写说明

- 一、本表采用打印版，要求内容真实。
- 二、劳动合同有效时限填写劳动合同签订日期及合同期限。

# 医疗保障协议定点零售药店申请表

药店名称		药店地址						
统一社会信用代码		药品经营许可证号						
所有制形式		药店性质	直营 <input type="checkbox"/> 加盟 <input type="checkbox"/> 单体 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/>					
营业面积（平方米）		基本账户开户银行及账号						
上级公司名称		上级公司地址						
法定代表人	姓名：		联系电话：					
	身份证号码：							
是否独立法人	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>							
企业负责人	姓名：		联系电话：					
	身份证号码：							
实际控制人	姓名：		联系电话：					
	身份证号码：							
药师配置情况	姓名	性别	年龄	技术资格	发证日期	证书编号	注册地	劳动合同有效时限
医保管理工作负责人		联系电话						
医保管理工作专职人数		医保管理工作兼职人数						
医保管理人员	姓名	身份证号码	专（兼）职	劳动合同有效时限				
申请承诺	<p>本机构自愿申请承担医疗保障服务，并严格遵守医疗保障有关管理规定，对所提交资料的真实性负责，如有虚假不实，本机构将承担由此带来的一切法律、经济等方面的后果及责任。</p> <p>本机构已认真阅读《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第3号）申请定点相关要求，无第十一条不予受理情形；已认真阅读济南市医疗保障局医疗保障定点零售药店协议管理要求，承诺在申请纳入协议管理后严格遵守协议管理的各项要求。</p> <p style="text-align: center;">法定代表人签字：_____（单位公章）</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>							
联系人		联系电话						

## 表 10-2：零售药店从业人员名册

序号	姓名	身份证号（18 位）	岗位	技术资格	执业药师 注册在本店日期	备注
1			<input type="checkbox"/> 企业负责人 <input type="checkbox"/> 质量负责人 <input type="checkbox"/> 审方药师 <input type="checkbox"/> 其他人员	<input type="checkbox"/> 执业药师 <input type="checkbox"/> 药师 <input type="checkbox"/> 其他		
2			<input type="checkbox"/> 企业负责人 <input type="checkbox"/> 质量负责人 <input type="checkbox"/> 审方药师 <input type="checkbox"/> 其他人员	<input type="checkbox"/> 执业药师 <input type="checkbox"/> 药师 <input type="checkbox"/> 其他		
3			<input type="checkbox"/> 企业负责人 <input type="checkbox"/> 质量负责人 <input type="checkbox"/> 审方药师 <input type="checkbox"/> 其他人员	<input type="checkbox"/> 执业药师 <input type="checkbox"/> 药师 <input type="checkbox"/> 其他		
4			<input type="checkbox"/> 企业负责人 <input type="checkbox"/> 质量负责人 <input type="checkbox"/> 审方药师 <input type="checkbox"/> 其他人员	<input type="checkbox"/> 执业药师 <input type="checkbox"/> 药师 <input type="checkbox"/> 其他		
5			<input type="checkbox"/> 企业负责人 <input type="checkbox"/> 质量负责人 <input type="checkbox"/> 审方药师 <input type="checkbox"/> 其他人员	<input type="checkbox"/> 执业药师 <input type="checkbox"/> 药师 <input type="checkbox"/> 其他		

说明：1.执业药师有变更的，应在备注中注明调出、调入及时间；  
 2.岗位选项可复选，“其他人员”应在备注中注明其岗位；  
 3.退休人员在备注中注明“退休”；  
 4.如表格行数不足可自行添加。

## 表 11：济南市长期护理保险待遇申请表

姓名		身份证号			
性别		年龄		申办类别	<input type="checkbox"/> 专护 <input type="checkbox"/> 院护 <input type="checkbox"/> 家护
联系人 1		联系方式		与参保人关系	
联系人 2		联系方式		与参保人关系	
现住址 (详细地址)					
疾病诊断					
参保类别	<input type="checkbox"/> 职工医保		<input type="checkbox"/> 居民医保		
是否存在 以下情况	<input type="checkbox"/> 鼻胃管留置	<input type="checkbox"/> 尿管留置	<input type="checkbox"/> 压疮伤口	<input type="checkbox"/> 膀胱冲洗	
	<input type="checkbox"/> 经外周静脉置入中心静脉导管留置		<input type="checkbox"/> 胆道、肠道等造瘘口		
<p><b>温馨提示</b></p> <p>1.享受工伤保险支付生活护理费待遇或享受军人伤残抚恤、精神疾病防治等国家法律规定范围的护理项目和费用待遇或第三方已支付护理待遇的不再享受长期护理保险待遇。</p> <p>2.申请人所提供资料应真实有效。工作人员进行现场评定时，需询问病情、进行查体、录音、录像等，申请人及家属应给予积极配合。提供虚假资料、瞒报、漏报、不配合现场评定工作的，将终止待遇评定。</p> <p>3.本人已认真阅读上述内容，理解并愿意配合做好上述工作。</p>					
申请人(家属)签字： 家属与申请人关系：					
_____ 年 月 日					
定点服务机构意见(章)： <div style="float: right; margin-right: 50px;">                     负责人签字：                       机构联系电话：                 </div>					
_____ 年 月 日					

注：本表一式两份，定点服务机构、长护经办机构各一份。

