

主动公开

FSBG2023095 号

佛山市社会保险基金管理局文件

佛社保〔2023〕31号

佛山市社会保险基金管理局关于印发《佛山市基本医疗保险住院业务经办规程》的通知

各区社会保险基金管理局，全市相关定点医疗机构：

现将《佛山市基本医疗保险住院业务经办规程》印发给你们，请结合实际，认真贯彻落实。

佛山市社会保险基金管理局

2023年11月30日

抄送：司法局、医保局

佛山市基本医疗保险住院业务经办规程

为规范佛山市职工和城乡居民基本医疗保险参保人的住院经办管理服务，根据省医疗保障经办政务服务事项清单、《佛山市基本医疗保险住院管理办法》（佛医保〔2023〕46号，以下简称《住院管理办法》）、《佛山市医疗保障局 佛山市财政局 佛山市社会保险基金管理局转发关于进一步做好基本医疗保险异地就医直接结算工作的通知》（佛医保〔2022〕77号）等文件的规定，结合本市实际，制定本业务（含家庭病床业务）经办规程。

第一章 就医申请

第一条 定点医疗机构就医

参保人在定点医疗机构住院治疗，需在入院后凭参保人本人的社会保障卡或医保电子凭证或有效身份证件办理基本医疗保险（以下简称“医保”）住院登记手续；住院期间应配合医疗机构及医保核查人员对参保人身份信息的核查。

第二条 市内转诊（院）就医

因病情需要由市内定点医疗机构转市内其他定点医疗机构住院的，参保人或其委托办理人（以下简称代办人）须提供由转出参保人的市内定点医疗机构主诊医生填写的《佛山市基本医疗保险市内转诊（院）备案表》（附件1，以下简称“《转院备案表》”）、参保人的社会保障卡或有效身份证件及复印件或医保电子凭证；交转出医疗机构医务（医保）部门审核盖章，医疗机构应即时办结，并把转诊信息上传至国家医疗保障信息平台。

医务（医保）部门审核后打印转诊（院）回执单交参保人或代办人，并将参保人的申办材料存档备查。

《转院备案表》自转出之日起 30 日内转院有效。

第三条 异地就医备案

异地就医备案分为常（长）驻异地就医备案和临时异地就医备案，线上、线下备案的办理流程、办理材料、办理时限按照省医疗保障经办政务服务事项清单的有关规定执行。

参保人通过线下来到参保所属医保经办机构申请办理异地就医备案相关手续的，医保经办机构经办人员确认资料齐备且符合办理条件的，应即时办结异地就医备案手续，打印就医申请回执单给参保人；资料不齐或有误的，医保经办机构需出具《补正材料通知书》（附件 2）一次性告知参保人需补正的资料。

（一）常（长）驻异地就医备案

1. 符合异地安置退休、异地长期居住、常驻异地工作人员等长期在参保地以外工作、居住生活的人员，可申请办理常（长）驻异地就医备案。

常（长）驻异地就医备案自办理登记备案之日（入院前办理的）或入院之日（入院后出院前办理的，还需提供住院相关证明材料）起长期有效。其中参保人以个人承诺书（附件 3）方式办理常（长）驻异地就医备案手续的，应履行承诺事项，在备案地单向享受医保待遇，自备案之日起 6 个月内不得变更或取消备案。但参保人在个人承诺方式办理备案后补齐相关备案材料的，自补齐相关备案材料之日起，可在备案地和参保地双向享受医保待遇。

2. 异地就医变更手续。参保人变更异地就医地市/省份，

按首次申请流程办理。

3. 异地就医注销手续。参保人回本市居住、工作或学习的，参保人或用人单位应当办理异地就医注销手续，线下向参保所属医保经办机构申请注销的，医保经办机构出具《佛山市常（长）驻异地就医备案业务注销确认书》（附件4）；线上流程按照省医疗保障经办政务服务事项清单的有关规定执行。

4. 用人单位为参保职工办理常（长）驻异地就医相关手续时，可核对参保职工及代办人的社会保障卡或有效身份证件原件后，向医保经办机构提供加盖单位印章的复印件，无需再提供原件。

5. 常（长）驻异地就医人员自行前往备案地以外的地区就医，应按“非因急诊抢救自行前往市外定点医疗机构住院”的情形办理备案手续。

（二）临时异地就医备案

1. 异地转诊人员备案

（1）经《住院管理办法》规定的指定定点医疗机构转备案地的定点医疗机构

因病情需要经指定定点医疗机构转备案地的定点医疗机构住院的，参保人或其代办人需在备案地的定点医疗机构出院前提供市内指定定点医疗机构开具的转诊转院证明材料、参保人的社会保障卡或有效身份证件及复印件或医保电子凭证，填写《广东省异地就医登记备案表》（附件5）交转出医疗机构医务（医保）部门审核盖章，医疗机构应即时办结备案手续，并把转诊信息上传至国家医疗保障信息平台。

医务（医保）部门审核后打印转诊（院）回执单交参保

人或代办人。参保人凭转诊（院）回执单及按本规程第一条办理医保登记手续。转诊（院）备案自转出之日起6个月内有效。

（2）经指定定点医疗机构转诊到备案地的定点医疗机构后，有效期内因同一转诊疾病需由转入定点医疗机构（须为三级综合甲等医院）再次转诊到备案地外其他定点医疗机构的

本项备案手续自备案地转入定点医疗机构的转出之日起有效，有效期结束之日为指定定点医疗机构转备案地的定点医疗机构的转诊（院）备案手续有效期结束之日。

（3）经指定定点医疗机构转诊，超过备案有效期后因同一转诊疾病需再次到备案地定点医疗机构复诊住院

本项备案手续自备案之日（入院前办理的）或入院之日（入院后出院前办理的，还需提供住院相关证明材料）起6个月内有效。

（4）常（长）驻异地就医人员因病情需要需由备案地转外就医的（指需转诊至备案地、参保地以外的地区就医）

本项备案手续自备案地定点医疗机构转出之日起6个月内有效。

2. 因急诊抢救在市外医疗机构或市内非定点医疗机构入院但未享受急诊抢救待遇的

参保人未办理异地就医备案，因急诊抢救就医而市外医疗机构上传“住院类型”为“急诊”的，视同已备案。或因急诊抢救在市外医疗机构就医，在出院前已办理急诊抢救备案的，参保人按急诊抢救相关待遇标准直接结算相关住院医疗费用。

参保人因急诊抢救在市外医疗机构或市内非定点医疗机构入院但未享受急诊抢救待遇的，需在出院后持参保人的社会保障卡或医保电子凭证或有效身份证件、描述当次入院时急诊抢救情况的病历等资料原件及复印件，填写《广东省异地就医登记备案表》，到参保所属医保经办机构申请办理备案手续。本项备案手续自急诊抢救入院之日起6个月内有效。

3. 其他临时外出就医人员备案（非因急诊抢救自行前往市外定点医疗机构住院就医）

参保人自行到省内市外定点医疗机构住院治疗的，无需办理备案登记。

参保人自行到省外定点医疗机构住院治疗的，需按照省医疗保障经办政务服务事项清单的有关规定办理备案。

本项备案手续自备案之日（入院前办理的）或入院之日（入院后出院前办理的，还需提供住院相关证明材料）起6个月内有效。备案有效期内如需变更备案地的，应重新办理备案手续。

第四条 大中专学生异地就医

我市参保的大中专学生在寒暑假和休学、实习期间离开本市，因疾病在家庭所在地或者实习所在地定点医疗机构住院的，参保人可按异地长期居住人员或常驻异地工作人员的情形办理异地就医申请，并可以所在学校出具的相关证明材料（需注明结束日期）申请。

第五条 新生儿中途参保前需办理市内转诊（院）就医或异地就医备案的，可在成功参保并缴费达账后，由代办人提供市内转诊（院）就医或对应异地就医备案情形的所需资料，到相应业务的办理机构申请办理手续。

第六条 参保人因特殊情况无法在出院前办理市内转诊（院）就医或异地就医备案的，参保人或代办人可按规定提供对应业务类型的备案材料补办市内转诊（院）就医或异地就医备案手续。其中市内转诊（院）就医、经《住院管理办法》规定的指定定点医疗机构转备案地的定点医疗机构备案自转出之日起生效，其他异地就医备案还需提供当次住院相关证明材料，自入院之日起生效。各业务有效期按对应备案类型的有效期执行。

第七条 意外伤害住院

（一）意外伤害审核手续

参保人因非疾病的原因使身体受到伤害，需入医院治疗的，须按如下要求办理意外伤害审核手续。

在市内定点医疗机构住院的：

1. 对于本市及外市参保人因意外伤害住院，符合我市基本医疗保险支付范围且参保人主诉无第三方责任或第三人赔偿的医疗费用的，定点医疗机构应结合接诊及参保人病情等实际情况，由参保人填写《外伤无第三方责任承诺书》（附件6），定点医疗机构应当按接口标准规范要求，如实上传参保人外伤就医情况，为参保人办理直接结算。

2. 对于外伤涉及第三方责任或第三人赔偿的本市参保人，在办理入院手续后，定点医疗机构应指引参保人或代办人到就医医疗机构驻院医管办办理意外伤害就医审核申请手续。驻院医管办应指引参保人或代办人如实填写《佛山市参保人员意外伤害就医审核表》（附件7）的“参保人填写”栏及《佛山市参保人意外伤害医保待遇承诺书》（附件8），并根据实际情况提交资料。若存在第三人责任或第三人赔偿或

疑似工伤的，驻院医管办应指引参保人到公安、人力资源社会保障行政部门等相关职能部门进行第三人责任认定或工伤认定。

在市外定点医疗机构住院的：

1. 本市参保人因意外伤害在市外定点医疗机构住院但无第三方责任或第三人赔偿的，按照国家、省、市异地就医相关规定进行处理，由市外定点医疗机构要求参保人填写《外伤无第三方责任承诺书》并如实上传参保人外伤就医情况，为参保人办理直接结算。不能在市外定点医疗机构现场即时结算的，本市参保人填写《外伤无第三方责任承诺书》到参保所属医保经办机构申请医疗费用零星报销。

2. 因意外伤害涉及第三方责任或第三人赔偿在市外定点医疗机构住院的本市参保人，在进行医疗费用核报前，须根据受伤的实际情况备齐相关资料到参保所属区医保经办机构办理意外伤害就医申请手续，填写《佛山市参保人员意外伤害就医审核表》和《佛山市参保人意外伤害医保待遇承诺书》，再根据审核意见办理相应的医保业务。如同时符合急诊抢救情形在市外医疗机构住院的，还需按本规程第三条第（二）款第2点办理急诊抢救备案手续。

3. 对于外伤涉及第三方责任或第三人赔偿的外市参保人，由参保人咨询参保地的相关部门，按参保地的有关规定处理。

（二）办理意外伤害审核手续需提供以下资料：

1. 参保人社会保障卡或医保电子凭证或有效身份证件。
2. 属于打架斗殴等涉及第三人责任事故伤害的，应提供公安机关等相关职能部门出具的相关文书；属于交通事故伤

害的，应提供公安交警部门出具的相关文书；属于工伤事故伤害的，应提供劳动行政部门出具的工伤认定书（或工伤不予认定书）。如涉及到法律诉讼程序的，还应提供人民法院出具的相关文书。如有调解协议的，应提供调解协议。以上资料均需提供原件和复印件。

3. 医保经办机构要求提供的其他材料，必要时需要配合完成医疗保险核查笔录等。

（三）办结时限

因外伤涉及第三方责任住院的参保人，提交资料齐全后，驻院医管办需在 15 个工作日内完成审核。对于伤情复杂、涉及参保人对受伤过程有所隐瞒、提交资料存在疑点等情况，驻院医管办可延长审核时间，审核时限最长为 30 个工作日。资料不齐或有误的，驻院医管办或医保经办机构应一次性告知参保人需补正的材料。驻院医管办出具审核意见后，将《佛山市参保人员意外伤害就医审核表》交回参保人，并指引参保人办理后续的医保业务。

第二章 家庭病床业务

第八条 家庭病床申请

（一）建床程序参照《佛山市基本医疗保险家庭病床管理办法》（佛医保〔2021〕45 号，下称《家庭病床管理办法》）第六条规定执行。使用《佛山市基本医疗保险开设家庭病床申请表》（附件 9）。

（二）家庭病床定点医疗机构在建床登记时应在 HIS 系统对参保人的照顾需求评定等级、建床类型（居家家床或机构建床）和建床地点进行准确标识。

对于已受理且资料齐备的，医疗机构须在 3 个工作日

(含)内完成办结相关手续并把信息上传至国家医疗保障信息平台。对于资料不齐的,定点医疗机构需告知参保人补正资料。

第九条 建床期间的市内院外治疗检查、治疗或购药

参保人在建床期间因病情需要到本市内其他定点医疗机构检查、治疗或购药的,家庭病床定点医疗机构应明确院外检查、治疗或购药的定点医疗机构,做好联系对接,在HIS系统做好登记,并提供《市内院外定点医疗机构检查、治疗或购药申请表》(附件10),交由参保人到院外的定点医疗机构进行检查、治疗或购药。此次检查、治疗或购药发生的费用,由家庭病床定点医疗机构与建床期间发生的费用一并记账结算。

第十条 家庭病床的其余业务流程按照《家庭病床管理办法》执行。

第三章 医疗待遇核付

第一节 联网医疗机构结算

第十一条 参保人在市内或市外定点联网医疗机构住院(含家庭病床)发生的医疗费用,在出院时应凭社会保障卡或医保电子凭证或有效身份证件在医疗机构现场即时结算。

因医保系统问题等非参保人自身原因导致参保人疾病住院的医疗费用不能在定点联网医疗机构现场即时结算的,参保人先在医疗机构挂账,待系统问题解决后再到医院办理结算;住院医疗费用医疗机构无法补记账结算的,由参保人垫付医疗费用后,自出院之日起180日内到参保所属医保经办机构申请零星报销。

第二节 零星报销

第十二条 下列情况发生的住院医疗费用，由参保人垫付医疗费用后，自出院之日起180日内（新生儿参保后180日内，意外伤害自审核之日起180日内），到参保所属医保经办机构申请医疗费用零星报销：

（一）市内定点医疗机构不能补记账结算的住院医疗费用；

（二）未在市外定点联网医疗机构即时结算的住院医疗费用；

（三）在市外定点非联网医疗机构发生的住院医疗费用；

（四）因急诊抢救在非定点医疗机构发生的住院医疗费用；

（五）法律法规规定的其他情形。

第十三条 符合住院零星报销条件的参保人可通过以下任一方式申请医疗费用零星报销：

（1）线上办理：按照省医疗保障经办政务服务事项清单的有关规定进行申请。

（2）线下办理：参保人提供以下资料到参保所属医保经办机构申请：

（一）参保人社会保障卡原件。

（二）医疗机构出具的以下资料：

医院收费票据、与医院收费票据金额及日期相符的医疗费用明细清单原件、住院证明材料原件。

（三）特殊情况资料：

1. 参保人员在异地医疗机构发生的医疗费用进行零星医疗费用报销时，属于定点医疗机构的，以就医地医疗保障部门确认的机构级别为准；属于非定点医疗机构的，以就医地

卫生健康行政部门确认的机构级别为准，并提供就诊医疗机构的医院等级说明。

2. 医保经办机构要求提供的其他资料（如属于限定支付范围的药物需提供医生意见等）。

3. 参保人因意外伤害等原因就医，参保人主诉无第三方责任或第三人赔偿的住院医疗费用不能在市外联网医疗机构现场即时结算的，还应填写《外伤无第三方责任承诺书》。

如有第三人负担部分医疗费用导致住院医疗费用不能在联网医疗机构现场即时结算的，还应提供本规程第七条明确第三人责任的相关证明材料，医保经办机构据此扣除第三人负担的费用后，再核付其差额部分的医疗待遇。

如所需提供的零星报销资料原件已被第三人（方）收取，参保人应提供第三人（方）盖章的收取资料说明复印件。

4. 参保人已享受过军队福利减免、当地财政补贴、红十字会或医院减免等情况的，均视为第三人负担的费用。其申请医疗保险零星报销时，还需提供相关补贴机构盖章的结算凭证复印件。

5. 对不慎遗失医院收费票据的参保人，申请报销时须增加的资料包括：

（1）填写《佛山市申领医疗保险待遇承诺书》的“遗失收费票据原件”栏，说明遗失医院收费票据的原因（如果被盗抢有报警的，须提供报警回执）。

（2）加盖医疗机构印章的医院收费票据复印件或原开出单位盖有公章的证明（注明原来凭证的号码、金额和内容等，并由经办机构会计机构负责人、会计主管人员和单位领导人批准）。

第十四条 参保人或代办人提交住院零星报销资料齐全的，经审核符合医疗保险规定由医保统筹基金支付的，医保经办机构应在接到申请之日起 30 个工作日内拨付。经审核不符合医疗保险规定的，不予报销，由参保所属医保机构出具《佛山市基本医疗保险不予报销决定书》（附件 11）。

第三节 待遇复查

第十五条 参保人对医疗机构现场结算的住院费用或零星报销的住院费用有异议的，自现场结算之日或获知零星报销结果之日起 60 日内向参保所属医保经办机构提出复查申请，申请复查时应提供如下资料：

（一）属于医院直接结算的医疗费用复查的，提供参保人社会保障卡原件、医院收费票据、与医院收费票据金额及日期相符的医疗费用明细清单原件、住院证明材料原件。

（二）属于零星报销的医疗费用复查的，提供参保人社会保障卡原件及其他辅证资料。

参保人因各种特殊原因未自现场结算之日或获知零星报销结果之日起 60 日内提出复查申请的，医保经办机构确认资料齐备的，可予以补办。

第十六条 医保经办机构发现支付出错的，参保人应配合医保经办机构进行待遇复查。定点医疗机构支付出错的，定点医疗机构应配合医保经办机构进行待遇复查。

第十七条 医保经办机构受理复查申请后，在 20 个工作日内完成复查，并出具《佛山市基本医疗保险待遇复查告知书》（附件 12）将复查结果告知参保人。

重新核定结果为基金多支付或不应支付的，参保人应在自接到医保经办机构出具的退款通知书 30 日内办理退款手

续。逾期不办理退款手续的，将依法处理。

重新核定结果为基金少支付的，医保经办机构应在自复查业务审核后 30 日内将少支付的基金发放至参保人的社会保障卡金融账户。

参保人对医保经办机构的复查结果不服，或者医保经办机构逾期未作出复查决定的，参保人可以向属地行政复议机关申请行政复议。参保人在医保经办机构复查该具体行政行为期间申请行政复议的，医保经办机构的复查程序终止。

第十八条 因银行开户名或账户等信息错误导致待遇发放不成功的，参保人应配合医保经办机构核实账户信息或重新提供有效账户进行待遇补支。

第四节 居民医保参保人员的生育医疗费用

第十九条 居民医保参保人员生育医疗费用的申请就医手续、申请生育医疗费用零星报销的情形，参照《佛山市职工生育保险待遇经办规程》（佛社保〔2022〕17号）的有关规定执行。居民医保参保人员生育医疗费用其余零星报销及待遇复查手续，按照本规程的规定执行。

第四章 附 则

第二十条 参保人对提供的资料的真实性负责。当参保人提供的资料出现医院收费票据与清单、病历资料就诊时间不一致，费用金额不一致、姓名等基本信息与系统信息不相符、资料盖章不清晰或资料不规范等情况，由医保经办机构出具《补正材料通知书》，参保人应配合重新提供资料或补正材料。

第二十一条 因医保征收机构原因导致缴费异常，影响参保人享受住院医疗保险待遇的，参保人申领住院医疗保险

待遇前，需向参保所属医保经办机构提供医保征收机构出具的证明材料办理白名单手续。

第二十二条 关于住院医疗费用零星报销或待遇复查的相关事项。

（一）参保人申办住院医疗费用零星报销或待遇复查业务，填写《佛山市申领医疗保险待遇承诺书》（附件 13）或《佛山市基本医疗保险待遇复查申请书》（附件 14），符合受理条件的，医保经办机构出具《佛山市医疗保险业务受理回执及告知》（附件 15）；资料不齐或有误的，医保经办机构需出具《补正材料通知书》一次性告知参保人需补正的资料。

（二）住院零星报销或待遇复查应支付参保人医疗待遇的，相关款项原则上全额发放到其社会保障卡的金融账户。未领取或未激活社会保障卡的，可提供参保人本人有效身份证件、有效的银行活期存折或借记卡原件及复印件，填写《佛山市申领医疗保险待遇承诺书》的有关内容，申请将相关款项划拨至其指定的有效金融账户。

（三）若医疗机构提供的医院收费票据中已包括医疗费用明细清单的，无需再提供医疗费用明细清单。

（四）如参保人死亡后其金融账户已注销的，代办人为其办理零星报销时须提供继承人的医保电子凭证或有效身份证件、继承人公证证明或《继承人承诺书》（附件 16）、社会保障卡或有效的银行活期存折或借记卡原件及复印件，其报销的医疗费用款项可划拨至继承人账户。

（五）若新生儿未办理或未能正常使用社会保障卡，以及医院收费票据未写明新生儿姓名的，需填写《佛山市申领医疗保险待遇承诺书》的有关内容。

（六）参保人超时申办住院医疗费用零星报销的，需填写《佛山市申领医疗保险待遇承诺书》的有关内容。

第二十三条 参保人可通过“广东政务服务网”、“粤省事”、“粤医保”小程序等途径，对已开通的服务事项进行网上办理及查询结果。

第二十四条 办理医疗保险相关手续时，需提供原件及复印件的，工作人员核对复印件后，需在资料上盖与原件相符印章。

非参保人本人办理的，还需提供代办人的社会保障卡或有效身份证件及复印件或医保电子凭证。

第二十五条 参保人或代办人到医保经办机构申请办理住院医疗保险业务需提供社会保障卡或有效身份证件的，由收件工作人员通过复印等方式存档。工作人员核对复印件后，需在资料上盖与原件相符印章。

第二十六条 资料存档

定点医疗机构应当保存转诊（院）就医、意外伤害业务、家庭病床业务等相关纸质材料 10 年备查。

驻院医管办应当保存意外伤害审核业务等相关纸质材料 10 年备查。

医保经办机构应当保存相应的医疗保险业务等相关纸质材料 10 年备查。属于网上办理的医疗保险业务后需到现场交纸质材料或邮寄纸质资料进行核验的，医保经办机构每月底将当月办理的业务申请资料及办理结果整理归档；属于全流程网上办理的医疗保险业务的，只需归档收件材料的电子（影像）件，无需归档纸质件。

第二十七条

本规程关于有效身份证件包括：电子社保卡；中国内地居民提供有效期内居民身份证（含电子证照）；身份证遗失或过期的提供临时身份证；未成年人尚未办理身份证的可提供户口簿；港澳台籍的提供通行证或居住证（含电子证照）；外籍人员提供护照；参保人死亡并注销户籍的，提供死亡证明或户籍注销证明。

本规程关于常（长）驻异地就医备案中异地长期居住人员提供的异地居住证明包括：居住证、养老院证明、异地“户口簿首页”和本人“常住人口登记卡”、如不符合当地出具居住证条件而无法领取居住证的，可提供当地公安部门出具在当地长期居住的证明材料或长期居住地村（居）委员会（含社区工作站）出具的长期异地居住的证明材料；参加本市居民医保在外地学校就读的学生，还可提供当地学校出具的在当地就读或外出实习的证明材料。

第二十八条 参保所属地医保业务委托其他机构办理的，可到相应的被委托机构窗口办理。

第二十九条 医保经办业务可通过政府购买服务或委托第三方机构办理。

第三十条 本规程自 2023 年 12 月 1 日起实施，有效期至 2026 年 12 月 31 日。此前本市基本医疗保险住院经办与本规程不一致的，以本规程为准。本规程中所涉及相关规程如有变更或国家和省出台新规定的，从其规定。

附件：

1. 佛山市基本医疗保险市内转诊（院）备案表
2. 补正材料通知书
3. 基本医疗保险异地就医备案个人承诺书
4. 佛山市常（长）驻异地就医备案业务注销确认书
5. 广东省异地就医登记备案表
6. 外伤无第三方责任承诺书
7. 佛山市参保人员意外伤害就医审核表
8. 佛山市参保人意外伤害医保待遇承诺书
9. 佛山市基本医疗保险开设家庭病床申请表
10. 市内院外定点医疗机构检查、治疗或购药申请表
11. 佛山市基本医疗保险不予报销决定书
12. 佛山市基本医疗保险待遇复查告知书
13. 佛山市申领医疗保险待遇承诺书
14. 佛山市基本医疗保险待遇复查申请书
15. 佛山市医疗保险业务受理回执及告知
16. 继承人承诺书

附件 1

佛山市基本医疗保险市内转诊（院）备案表

姓 名		性别		年龄		审批号			
身份证号						联系电话			
原就诊（住院）情况	医院名称：			住院号：		就诊（住院）时间：			
	就诊（入院）诊断：								
	出院诊断：								
转（诊）院类别	<input type="checkbox"/> 转市内其他定点医疗机构								
转往市内医院名称					转往市内医院级别				
病 情 摘 要 及 转 诊 理 由					副主任以上医师或科主任意见：				
					签名：_____年 月 日				
					医疗机构审批意见：				
					医生签名：_____年 月 日		盖章：_____年 月 日		

备注：1、转出医院将转诊（院）信息上传至国家医疗保障信息平台后，参保人或代办人持参保人社会保障卡或医保电子凭证或有效身份证件及转院回执到转入医院办理医保登记。

2、市内转院自转出之日起 30 日内转院有效，参保人超过 30 日未在转入医院办理入院手续，须重新申请办理转诊（院）备案手续。

本人已阅读本表并理解以上备注内容。

参保人（代办人）签名：_____ 日期：_____ 年 月 日

附件 2

补正材料通知书

参保人/参保单位_____（身份证号/单位编号_____）申请办理医保业务，
经审核，由于资料不齐全，请补充以下打“√”的项目资料。咨询电话：

序号	资 料 名 称	备注
1	有效身份证件及复印件	
2	社会保障卡	
3	医院收费票据	
4	费用明细清单原件	
5	住院证明材料原件	
6	疾病诊断证明原件、急诊抢救病历原件及复印件	
7	检验、检查报告资料原件及复印件	
8	明确第三人责任的相关证明材料原件及复印件	
9	参保人异地户口簿、异地居住证明、异地工作证明材料 及复印件	
10. 其他		

受理人：

受理日期：

受理机构：（章）

参保人或代办人签名：

联系电话：

备注：本表一式两份，一份交参保人，一份由受理机构归档。

附件 3

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</p> <p>(一) 参保人以个人承诺方式办理异地就医备案手续的, 视为在备案地单向享受医保待遇且长期有效。同时自备案之日起 6 个月内不可办理变更或取消备案手续。</p> <p>(二) 参保人以个人承诺方式办理异地就医备案手续的, 在补齐相关备案材料后, 可在备案地和参保地双向享受医保待遇, 同时备案长期有效。</p> <p>办理异地就医备案需根据以下不同的人员类别补齐相关备案材料:</p> <p>1. 异地安置退休人员的提供异地“户口簿首页”和本人“常住人口登记卡”;</p> <p>2. 异地长期居住人员提供长期居住认定材料(异地居住证明包括: 居住证、养老院证明、异地“户口簿首页”和本人“常住人口登记卡”、如不符合当地出具居住证条件而无法领取居住证的, 可提供当地公安部门出具在当地长期居住的证明材料或长期居住地村(居)委员会(含社区工作站)出具的长期异地居住的证明材料、参加本市居民医保在外地学校就读的学生, 还可提供当地学校出具的在当地就读或外出实习的证明材料);</p> <p>3. 常驻异地工作人员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)。</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。				

附件 4

佛山市常（长）驻异地就医备案业务注 销确认书

参保人_____，身份证号：_____，
因回本市居住/工作/学习，现对已办理的异地安置
退休人员/异地长期居住人员/常驻异地工作人员异地
就医备案业务提出注销申请，结束日期为 年 月 日，
请予以确认。

须知：

常（长）驻异地就医备案业务注销自核准后生效。参保人的常（长）
驻异地就医备案业务注销后，需重新办理备案手续，经审核后才能重
新享受常（长）驻异地就医人员的医保待遇。

参保人或代办人签名：

年 月 日

备注：本表一式两份，一份交参保人，一份由医保经办机构归档。

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)		
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：

外伤无第三方责任承诺书

承诺人		联系电话	
证件类型		证件号码	
承诺事项	外伤无第三方责任		
<p>承诺内容：</p> <p>本人同意授权_____医保经办机构通过信息共享方式查询本人与办理医保业务相关的信息，承诺所提供材料均为真实合法，符合办理业务条件，如伪造材料或以任何方式骗取医疗保险待遇的，本人愿意承担一切后果：同意_____医保经办机构将本人虚假行为上报和纳入信用管理体系，并就本次办理业务的其他承诺内容陈述如下：</p> <p>本人于_____年__月__日__时在_____（地点）发生（外伤经过）。现承诺本次意外受伤与第三方责任或工伤责任无关，如与第三方责任或工伤责任有关，则将已享受的医保待遇全额退回医保，并承担相应的法律责任。</p> <p>温馨提示：</p> <p>1. 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基本医疗保险待遇和生育保险待遇的，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>2. 此表可现场填写，由承诺人本人手写签名，患者本人无法签字的由其近亲属代签，并填写身份证号码和联系方式。</p> <p style="text-align: right;">承诺人（签名）： 代办人签名： 代办人身份证件号码： 代办人联系电话： 日期： 年 月 日</p>			

附件 7

佛山市参保人员意外伤害就医审核表

医疗机构名称				住院号	
姓名		性别		科室	
身份证号码		年龄		入院日期	
参保属地	<input type="checkbox"/> 市直 <input type="checkbox"/> 禅城区 <input type="checkbox"/> 南海区 <input type="checkbox"/> 顺德区 <input type="checkbox"/> 三水区 <input type="checkbox"/> 高明区				
参保人填写	意外伤害事件填写： (1) 参保人受伤时间：_____年_____月_____日_____时 (2) 受伤地址：在（ <input type="checkbox"/> 家里； <input type="checkbox"/> 单位； <input type="checkbox"/> 上下班路上； <input type="checkbox"/> 其他）_____省_____市_____区 (3) 受伤详细发生经过： (4) 受伤部位_____。 (5) 本次意外伤害事件（ <input type="checkbox"/> 有； <input type="checkbox"/> 无）报警处理，（ <input type="checkbox"/> 有； <input type="checkbox"/> 无）第三人责任，（ <input type="checkbox"/> 有； <input type="checkbox"/> 无）第三人赔偿。如有第三人赔偿，收到赔偿金额： <input type="checkbox"/> 详见相关法律文书； <input type="checkbox"/> 具体金额_____元。 参保人(代办人)签名(指模)：_____ 代办人与参保人关系：_____ 联系电话：_____ 申请日期：_____				
	驻院医管办填写	受理人：		受理日期：	
	本次意外伤害事件是 <input type="checkbox"/> 首次住院； <input type="checkbox"/> 后续住院治疗； 参保人所述与核查内容 <input type="checkbox"/> 一致； <input type="checkbox"/> 不一致。 入院诊断： 经办人：_____ 日期：_____				
区医管办审核意见： <input type="checkbox"/> 即时结算 <input type="checkbox"/> 申请零星报销 <input type="checkbox"/> 不予核报 审核人：_____ 日期：_____ 盖章：_____ 备注：					

说明：1. 参保人或医保经办机构对审核结果有异议的，由参保所属医保经办机构重新核定。
 2. 参保人因意外伤害在市外定点医疗机构住院就医的，由参保所属区医管办出具审核意见。

佛山市参保人意外伤害医保待遇承诺书

参保人姓名		身份证号码	
就诊医院			联系电话
入院时间	年 月 日	住院号	
<p>现将有关事项承诺如下：（符合以下情况的，在相应的选项前打√）：</p> <p><input type="checkbox"/> 本人承诺关于本次意外伤害事件所填内容与事实相符，无法确定是否存在第三人责任（赔偿）或工伤责任，若提供虚假材料或陈述虚假的，愿意承担法律责任。</p> <p><input type="checkbox"/> 本人承诺关于本次意外伤害事件所填内容与事实相符，存在第三人责任（赔偿）或工伤责任，若提供虚假材料或陈述虚假的，愿意承担法律责任。</p>			
<h3>温馨提示</h3> <p>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医疗保险待遇的，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>本人/本单位同意授权佛山市医保经办机构通过信息共享方式查询本人与办理医疗保险业务相关信息，承诺所述情况真实合法，如有伪造材料或以任何方式骗取医疗保险待遇的，愿意承担一切后果并退回已领待遇，且同意佛山市医保经办机构将本人虚假行为上报和纳入信用管理体系。</p>			
参保人/代办人签名（指模）：		代办人与参保人关系：	
代办人身份证件号码：			
代办人联系电话：			
申请时间：			

附件 9

佛山市基本医疗保险开设家庭病床申请表

姓 名		性 别		年 龄		审批号	
身份证号							
联系电话				日常联系人			
申请建床的 疾病情形				照顾需求等级	照顾 级		
建床类型	<input type="checkbox"/> 机构建床			机构名称:			
	<input type="checkbox"/> 居家建床						
申请类别	<input type="checkbox"/> 首次申请			<input type="checkbox"/> 续期申请			
建床地点	市 县(区)		镇(街道)		路 号 栋 房		
拟开设家庭病床定点医疗机构							
申请日期	年 月 日		参保人或代办人签名				
目前病情及 辅助检查结 果治疗方案	是否已核对参保人身份: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否						
	医务人员签名: 年 月 日						
	医疗机构意见:						
	医师签名: 年 月 日						
医疗机构审 核意见	<input type="checkbox"/> 同意从____年__月__日起享受家庭病床待遇。						
	<input type="checkbox"/> 不同意 (<input type="checkbox"/> 不符合建床的疾病或情形; <input type="checkbox"/> 不符合照顾需求等级评定)						
	备注:						
	经办人:		盖 章		年 月 日		

备注: 1、首次申请的参保人需提供社会保障卡或有效身份证明原件及复印件、申请建床的疾病情形近五年来二级及以上医疗机构的住院或门诊诊疗记录; 参保人因长期瘫痪卧床且无法提供五年内二级及以上医疗机构相关住院或门诊诊疗记录的, 参保人或其家属提出申请后可由家庭病床定点医疗机构根据参保人病情实际进行认定并建档备查。

2、家庭病床每一建床周期最长为 90 天, 期满后需继续治疗的, 期满前应按《佛山市基本医疗保险家庭病床管理办法》第六条规定重新申请下一周期。

3、医疗机构意见处须说明参保人符合《佛山市基本医疗保险家庭病床管理办法》规定建床条件的情况。

4、本表一式两联, 一联与申请资料合并归档, 一联附在参保人本次家庭病床结算单后归档。

附件 10

市内院外定点医疗机构检查、治疗或购药申请表

姓名 性别 年龄 科别

证件类型 证件号码

诊断

外检定点医院名称：

外检项目或外购药品：

请勾选外检或外购药原因：

有主管医生医嘱和病历记录，确因病情需要到院外检查、治疗或购药。

本院无该检查、治疗设备或药物。

医师签字：

定点医疗机构盖章

日期： XXXX 年 XX 月 XX 日

附件 11

佛山市基本医疗保险不予报销决定书

_____:

您于 年 月 日向我局提出
_____申请收悉。

根据 _____ (政策依据) 的规定，由于
您 _____，因此，我局决定不予支付您
_____待遇。

如不服本告知书，可在收到本告知书之日起 60 日内向
本局申请待遇复查或者向属地行政复议机关申请行政复议，
也可以在签收本表之日起六个月内直接向顺德区人民法院
提起行政诉讼。

特此告知。

年 月 日

(盖章)

申请人签收:

签收日期: 年 月 日

联系电话:

附件 12

佛山市基本医疗保险待遇复查告知书

参保人/单位：__

您/贵单位申请复查__年__月__日办理的编号为 XXX 基本医疗保险报销业务。根据您提交的资料，并依据佛山市基本医疗保险的有关规定，经复查，结果如下：

	本次复查结果 (元)	原核算结果 (元)	本次复查结果与原核算结果对比 (多支付为+ 元，少支付为- 元)
基本医保基金支付			
大病保险			
其他补助			

特此告知。

医保经办机构（章）：

年 月 日

注：1、本告知书一式两份，申办人及医保经办机构各留存一份。

2、申请人对待遇复查结果仍有异议的，可从签收本告知书之日起六十日内向属地人民政府申请行政复议，也可从签收本告知书之日起六个月内向顺德区人民法院提起行政诉讼。

3、重新核定结果为基金多支付或不应支付的，申请人应在自接到_____医保经办机构出具的退款通知书 30 日内办理退款手续。逾期不办理退款手续的，将依法处理。

申办人签收：

签收日期：

佛山市申领医疗保险待遇承诺书

参保人姓名	身份证件号码	联系电话	
申办业务 类型 (医保经办 部门填写)	<input type="checkbox"/> 市内定点医疗机构不能补记账结算的住院医疗费用 <input type="checkbox"/> 未在市外定点联网医疗机构即时结算的住院医疗费用 <input type="checkbox"/> 在市外定点非联网医疗机构发生的住院医疗费用 <input type="checkbox"/> 未在市内定点医疗机构即时结算的门特医疗费用 <input type="checkbox"/> 经核准在市外医疗机构发生的门特医疗费用 <input type="checkbox"/> 异地就医备案人员在备案地相关医疗机构发生的政策范围内 <input type="checkbox"/> 门诊（普通门诊和门特）/ <input type="checkbox"/> 住院医疗费用 <input type="checkbox"/> 因急救、抢救在市内非定点医疗机构发生的 <input type="checkbox"/> 普通门诊/ <input type="checkbox"/> 住院医疗费用 <input type="checkbox"/> 经普通门诊选定医疗机构转诊在市外定点医疗机构发生的普通门诊医疗费用 <input type="checkbox"/> 居民生育 <input type="checkbox"/> 生育住院医疗费用/ <input type="checkbox"/> 计划生育住院医疗费用/ <input type="checkbox"/> 门诊终止妊娠、门诊计划生育的门诊基本医疗费用/ <input type="checkbox"/> 产前检查医疗费用 <input type="checkbox"/> 法律法规规定的其他情形		
2022 年 12 月 4 日前分娩或施行计划生育手术的承诺填写以下计生情况内容			
本人户籍地为_____省_____市，承诺本孕次符合国家计划生育政策并已办理计生部门登记手续，本孕次为第_____胎，准生证号/登记号为：_____			
使用医院收费票据需填写以下内容			
就诊医院			
就诊时间	_____年 _____月 _____日至 _____年 _____月 _____日		
本人承诺:本次用于申请医疗费用报销的上述医院收费票据不会在其他地市重复申报待遇并授权贵局对承诺内容是否属实进行核查。如有不实或隐瞒，本人承诺自愿退还在贵局享受的相应待遇并承担相应法律责任，且同意贵局将本人虚假行为上报和纳入信用管理体系。			
未领取或未激活社会保障卡的需承诺以下内容			
<input type="checkbox"/> 本人承诺未领取或未激活社会保障卡，提供的参保人账户信息真实有效，如遇发放失败，愿意配合重新提供账户信息。 户名：_____，银行账号：_____			
开户银行：_____			

若医疗费用专用收据或发票未写明新生儿姓名，需填写以下内容

新生儿母亲姓名_____身份证件号码_____，由于新生儿因疾病住院治疗时并未取名入户，故医疗费用专用收据或发票上的名字为_____，出生证号为_____。

超时申办零星报销的需填写以下内容

申领待遇
原因

因_____原因，未能在规定时限内申请零星报销，现向贵局申请本人____年____月____日至____年____月____日的医疗费用零星报销。

遗失收费票据原件的填写以下内容

因_____原因，遗失（ 住院； 门诊）收费票据原件，号码：_____，金额_____。现申请使用 加盖医疗机构印章的医院收费票据复印件/原开出单位盖有公章的证明作医保支付凭证。

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生育/医疗保险待遇的，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。

本人同意授权佛山市医保经办机构通过信息共享方式查询本人与办理医疗保险业务相关信息，承诺所述情况真实合法，如有伪造材料或以任何方式骗取医疗保险待遇的，愿意承担一切后果并退回已领待遇，佛山市医保经办机构有权将本人虚假行为上报和纳入信用管理体系。

请确认以上信息的真实性并勾选以下内容：

本人已阅知本栏内容，承诺所填内容与事实相符，若提供虚假材料或陈述虚假的，愿意承担法律责任。

参保人签名（指模）：

代办人签名（指模）：

代办人身份证件号码：

代办人联系电话：

申请时间：

注： 1. 港澳台及外籍人士身份证件号码处填写护照证明或通行证编号。
2. 准生证号/登记号为非必填项。

附件 14

佛山市基本医疗保险待遇复查申请书

本人_____，身份证号：_____，
对_____年___月___日在_____□医院/□医
保经办机构办理的业务编号为_____的医疗费用
结算存有异议，特向_____（医
保经办机构）提出复查申请，望予以受理。

申请人：

年 月 日

佛山市医疗保险业务受理回执及告知

姓名		证件号码					
申请办理业务类型		<input type="checkbox"/> 门诊/ <input type="checkbox"/> 住院医疗费用零星报销				<input type="checkbox"/> 待遇复查	
序号	所提交资料名称	原件	复印件	序号	所提交资料名称	原件	复印件
1	社会保障卡			5	门诊急救、抢救证明		
2	佛山市申领医疗保险待遇承诺书			6	急诊抢救证明		
3	医院收费票据			7	住院证明材料		
4	医疗费用明细清单			8	佛山市基本医疗保险待遇复查申请书		
9	医疗费用发票	发票总金额:		发票数量:			
		发票号码:					
10	其他						
11							
告知事项:							
1、医疗费用零星报销业务办结时限为 30 个工作日，待遇复查业务办结时限为 20 个工作日。							
2、如审核意见为按规定支付的，我局将在 30 个工作日内把支付的款项拨付到您提供的社会保障卡上，您可以直接到银行查询到账情况；如您需要费用结算单，您可以通过“粤医保”小程序或到参保所属区医保经办机构打印。如审核意见为不符合支付条件的，医保经办机构将退回申请资料，请保持电话畅通。							
3、如对待遇审核结果有疑问或有异议的，可在获知审核结果后 60 日内向医保经办机构咨询或申请待遇复查或申请行政复议。复查期间，行政复议的申请期限中止，复查期限不计入行政复议申请期限。							
4、申请待遇复查的，重新核定结果为基金多支付或不应支付的，参保人应按医保经办机构的要求办理退款手续，逾期不办理退款手续的，将依法处理。							
本人申明对所提供的医院收费票据没有重复申报待遇且对其他申办材料的真实性负责，如有虚假愿意承担相应法律责任。							
参保人/代办人签名:				联系电话:			
代办人身份证件号码:				申请时间:			
医疗保障经办机构填写:							
受理人:				咨询电话:			
受理机构: (章)							
备注: 1. 本表一式两份，一份交参保人，一份由医疗保障经办机构归档。							
2. 本表仅作为申请基本医疗保险待遇的受理登记，不作为基本医疗保险待遇报销的依据。							
3. 如有新的结算查询途径，医疗保障部门会及时公布。							
4. 具体内容由医疗保障经办机构负责解释。							

继承人承诺书

(样本)

本人_____，身份证号码：_____，
是参保人 _____ (身份证号码：_____)
的法定继承人。因参保人银行账户已注销且无有效的社会保
障卡，致其基本医疗保险医疗费用核报金额或个人账户资金
无法划拨，特申请将其基本医疗保险医疗费用核报金额
元或个人账户资金划拨至本人银行账户 (户名： _____，
开户银行： _____，银行账
号： _____)，本人承诺按《中华
人民共和国继承法》等法律法规的相关规定支配该项资金并
承担相应的法律责任。

承诺人：

联系电话：

日期：