表1：基本医疗保险单位参保信息登记表（样表）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □新参保登记 □暂停登记 □注销登记 □拆分合并分立 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | |  | | | | | |
| 银行帐号 | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 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 □生育保险  □补充医疗保险 □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。  单位（盖章） 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 经办机构  意见 | | | □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：  □职工基本医疗保险 □生育保险  □补充医疗保险 □其他（ ）  经办人签字： 经办机构（盖章） 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |

表2：职工基本医疗保险参保登记表（样表）

单位名称（公章） 单位编码： 险种： □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） | 变更类别 | | | | | | 手机号码 | 备注 |
| 增加 | 中断 | 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（样表）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 身份证件类型 |  | |
| 身份证件号码 |  | | | | |
| 性 别 | □男 □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)  街道(乡镇) | | | 村（社区） |  |
| 通讯地址 |  | | | | |
| 申请人身份 | （建议列选择项打勾，如□中小学儿童 □大学生 □无业成年人等） | | | | |
| 财政补贴对象 | （建议列选择项打勾，如□低保 □特困 □其他） | | | | |
| 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 | □ 经审核，符合城乡居民医保参保规定。 | | | | |
| □ 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（样表）

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 |  |
| 缴费单位  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 |  | |  |  |  |
| 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（样表）

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 | 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 |  |  |  |  |  |  |  |
| 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（样表）

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: |  |  |  | （受理单位盖章） | |  | |
|  |  |  | 年 月 日 | | | | |

表7：职工基本医疗保险个人账户一次性支取申请表（样表）

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 | □死亡 □出国定居 □主动放弃 □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8：基本医疗保险参保凭证（样表）

凭证号：(省份)(统筹区)(年份)(第 XXXX 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 | | （大写） （小写）￥ | | | | | | | |
| 转 出 地 医 疗 保 险 经 办 机 构 信 息 | | | | | | | | | |
| 机构名称 | （盖章） | | | | | | | | |
| 地址 |  | | | | | | | | |
| 行政区划代码 |  | | | 邮政编码 | |  | | | |
| 联系人 |  | | | 联系电话 | |  | | | |

**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，请与出具此凭证的医疗保障经办机构联系，申请补办。

表9：基本医疗保险关系转移接续联系函（样表）

（此表由转入地医疗保障经办机构填写并提供给转出地医疗保障经办机构）

编号：(省份)(统筹区)(年份)(第 XXXXXXX 号)

转出地医疗保障经办机构名称：

原在你处的参保人员，因流动就业等原因，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 |  | | 年龄 |  | | 联系电话 | |  | |
| 身份证件号码 |  | | | 户籍类型 | | | □居民 | | | | | |
| □农业 □非农业 | | | | | |
| □台港澳 □外籍 | | | | | |
| 是否需要转移个人账户 | | □是 □否 | | | | | | | | | | |
| 现参加的基本医疗保险类型 | | □职工医保 □城乡居民医保 □其他（请说明） | | | | | | | | | | |
| 转入地医疗保障经办机构信息 | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | |  | | 行政区划代码 | |  |

经办人（签章）： 转入地医疗保障经办机构名称（章）：

联系电话： 日期： 年 月 日

表10：参保人员基本医疗保险信息表（样表）

（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11：河南省异地就医登记备案表（样表）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性别 |  | 险种 | 1.职工医保 □ 2.城乡居民医保 □ | |
| 人员  类别 | □ 异地安置退休人员  □ 异地长期居住人员  □ 长驻异地工作人员 □ 异地转诊人员  □ 其他： | | 登记类别 | | □ 新增  □ 变更 | | |
| 身份证件号码 |  | | | | | | |
| 参保地 联系地址 |  | | 就医地 联系地址 | |  | | |
| 联系电话1 |  | | 联系电话2 | |  | | |
| 转往省 （市、区） |  | | 地区 (市、州) |  | | 县（区） |  |
| 温 馨 提 示  1.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：国家医保服务平台，http://fuwu.nhsa.gov.cn）；参保人到备案地以外的定点医疗机构就医，按转诊转院有关规定执行。  2.异地安置退休人员、异地长期居住人员和常驻异地工作人员办理备案后，原则上一年内不办理居住地变更和终止备案业务。已通过门诊慢性病、门诊重特大疾病、门诊特定药品待遇认定的参保人员，需办理异地慢病定点变更备案，按规定享受异地门慢特等待遇。  3.异地转诊人员同一疾病过程多次在同一家定点医疗机构住院（含跨年度住院），第二次及以后不再开具转诊单，凭有效身份证件、原转诊转院证明材料或疾病诊断证明，到参保地经办机构或原转出定点医疗机构直接办理备案手续。  4.异地就医时，参保人员根据病情、居住地、交通等情况，自主选择就医地医保定点医疗机构，优先选择直接结算定点医疗机构。  5.异地急诊人员（精神病患者）提供急诊诊断证明（精神病疾病诊断证明）。  6.未按规定办理备案手续，或在就医地非直接结算定点医疗机构发生的医疗费用，按参保地现有规定办理。 | | | | | | | |
|
|
| 承 诺 书   办理(1.异地安置退休人员备案□/2.异地长期居住人员□ /3.常驻异地工作人员备案□)业务。因个人原因不能提供(1.“户口簿首页”和本人“常住人口登记卡”□/2.居住证明□/3.参保地工作单位派出证明、异地工作单位证明、工作合同□)。本人和被委托人保证符合业务办理条件，所属信息真实、有效、完整、有效，由此产生的一切法律责任均由本人承担。 | | | | | | | |
| □ 本人  □ 被委托人  签名 | |  | | 填表日期 | | 年 月 日 | |

经办机构（盖章）： 联系电话： 经办人： 经办日期：

表12：门诊慢特病病种待遇认定申请表（样表）

门诊慢性病 □

门诊重特大疾病 □

认定机构名称（盖章）： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | 性别 |  | 年龄 |  | □ 职工医保 □ 城乡居民医保 |
| 身份证件号码 |  | | | | 联系电话 |  | |
| 选择定点医院 |  | | | | 申请人签名 |  | |
| 申报病种名称 |  | | | | 医保编码 |  | |
| 病情  摘要 |  | | | | | | |
|
|
|
|
|
|
|
| 医师  意见 | 医师签名：  年 月 日 | | | | | | |
| 审批 意见 | 年 月 日 | | | | | | |
|
|
| 备注 |  | | | | | | |
|

表 13： 医疗救助申请卡（样表）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | □低保 □特困供养人员 □重度残疾人 □孤儿 □低收入对象  □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 | | | | | | | | | |
| 民政部门  意见 |  | | | | | | | | | |
| 经办机构  意见 |  | | | | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | | | | |

申请人： 年 月 日

表 14：河南省职工生育保险待遇申请表

单位名称： 业务受理号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 | |  | | | 单位编码 |  |
| 身份证号 |  | | 缴费比例 | | |  | | | 联系电话 |  |
| 家庭住址 |  | | | | | | | 婚育状况 | （ ）初婚 （ ）再婚 （ ）初育 （ ）再育 | |
| 男职工 配偶姓名 |  | 身份证号 |  | | | | | | 生育证号 |  |
| 申 请 项 目 类 别 | ( )产前检查 　 ( )生育津贴 ( )计划生育津贴    ( )一次性生育补助金　 ( )生育医疗费　　　 　( )计划生育医疗费 | | | | | | | | | |
|
|
| 申请确认 | 以上内容填写真实，若填写内容与实际情况不相符，承担相关法律责任。   申请人签名： 申领日期： 年 月 日 | | | | | | | | | |
|
| 参保单位意见 | 经办人：  (盖章)  年 月 日 | | | | 医保中心意见 | | 经办人：  (盖章)  年 月 日 | | | |
|
|
|
|
| 备 注 |  | | | | | | | | | |
|
| 说明：  1本表一式两份。  2业务经办时间为每月\*\*--\*\*日工作日时间。 | | | | | | | | | | |

表 15：个人承诺书（样式）

本人 （身份证件号码： ）， 办理 业务。因个人原因 无法提供 证明，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