**重庆市医疗保障局办公室文件**

渝医保办〔2021〕58号

|  |
| --- |
|  |

重庆市医疗保障局办公室

关于开展医疗保障领域高频服务事项

跨区县通办的通知

各区县（自治县）医疗保障局，两江新区社会保障局、高新区政务服务和社会事务中心、万盛经开区人力社保局，重庆铁路办事处，各有关单位：

按照重庆市人民政府办公厅《关于推动一批高频服务事项跨区县通办的通知》（渝府办发〔2019〕93号）和《关于推动第二批高频政务服务事项跨区县通办的通知》（渝府办发〔2020〕69号）要求，为加快我市医疗保障领域政务服务线上线下全面融合，打破居民办事户籍或居住地限制，实现医保高频服务事项网上直办、就近能办、全渝通办、异地可办，现就有关事宜通知如下。

一、总体要求

打破地域限制，改变服务事项按照属地管辖权进行申请受理的传统服务模式，建立跨区县的“异地受理、异地办结”工作模式，在2021年底前，实现第一批医保高频服务事项“跨区县通办”，参保群众可在市域内就近选择区县级医保服务窗口办理业务。

二、实施范围

在全市区县级医保服务窗口实行跨区县通办服务，首批确定26项医保服务事项（见附件1）实行跨区县通办。

三、实施模式

（一）全程网上办理

跨区县通办事项可通过国家医保服务平台APP重庆专区、渝快办APP、重庆市医疗保障局微信公众号、重庆市医疗保障局公共服务平台等网上服务平台进行办理，参保人可自主选择。

（二）异地协同办理

1．办事群众就近到区县医保经办机构提交申请材料，受理地医保经办机构依据《重庆医保“跨区县通办”服务事项办事要素表》（见附件1）对申请材料进行资料审查、身份核验、业务审核、待遇拨付及办结反馈。

2．医保定点医疗机构申请和信息变更及医疗救助对象手工报销事项由受理地医保经办机构受理办理材料后，将办理材料流转至属地医保经办机构完成业务办理，异地代收代办业务流程见附件2。

四、工作要求

（一）加快推进实施。推进医保领域高频服务事项跨区县通办是深化“放管服”改革的重要举措，各区县医保部门要按照本通知要求，切实加强组织领导，精心组织实施，有效解决办事群众异地办事“多地跑”“折返跑”问题。市医保局相关部门加强对相关工作的指导和督导，将“跨区县通办”工作落实情况纳入评价指标，并做好相关信息系统支撑保障工作。

（二）强化责任意识。各区县医保部门要强化内控管理，健全风险防控制度，明确岗位职能职责和权限，切实增强责任意识和履职意识，主动加强与业务属地医保部门的沟通衔接，强化协作配合，提升服务质量，实现同一医保服务事项在全市范围内无差别受理、同标准办理。

（三）加强宣传引导。各区县医保部门要加强宣传引导，用好用活线上线下宣传平台，不断提升医保服务“跨区县通办”事项群众知晓度和参与度。要大力引导和指导参保群众选择线上渠道办理相关业务。同时，要充分发挥线下服务的兜底作用，不得以线上可办理为由拒绝窗口受理。工作中遇到重大情况，及时向重庆市医保局报告。

联系人：张瑞琴 联系电话：88975895

附件：1．重庆医保“跨区县通办”服务事项办事要素表

2．异地代收代办业务流程



重庆市医疗保障局办公室

2021年12月29日

（此件公开发布）

附件1

重庆医保“跨区县通办”服务事项办事要素表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 事项名称 | 办理材料 | 办理时限 | 线下跨区通办环节 | 政策依据 | 备注 |
| 1 | 城乡居民参保登记 | 1.有效身份证或医保电子凭证或社保卡；  2.《城乡居民基本医疗保险参保登记表》（附表1）。 | 即时办结 | 申请-受理（初审）-复核-办结 | 1.《重庆市人民政府关于开展城乡居民合作医疗保险试点的指导意见》（渝府发〔2007〕113号）；  2.《重庆市人民政府办公厅关于印发重庆市城镇职工医疗保险市级统筹办法和重庆市城乡居民合作医疗保险市级统筹办法的通知》（渝办发〔2011〕293号）；  3.《关于印发重庆市城乡居民合作医疗保险市级统筹实施办法的通知》（渝人社发〔2012〕127号）；  4.重庆市人力资源和社会保障局重庆市财政局《关于扩大我市城乡居民合作医疗保险参保范围的通知》（渝人社发〔2018〕26号）。 | 1.普通居民：参保人身份证或户口本；  2.本市户籍的新生儿：居民户口簿（主页、本人页、增减页）；  3.市外户籍人员：重庆市居住证、参保人身份证、户口本；  4.港澳台胞：港澳台居民居住证；  5.外国籍人员：外国人永久居留证、外国专家证（其配偶及子女办理参保时）；  6.大学生参保登记由学校统一办理，无需提供材料。 |
| 2 | 城乡居民参保信息变更登记 | 1.有效身份证件或医保电子凭证或社保卡；  2.《基本医疗保险城乡居民参保信息变更登记表》（附表2）。 | 即时办结 | 申请-受理（初审）-复核-办结 | 《关于印发重庆市城乡居民合作医疗保险市级统筹实施办法的通知》渝人社发〔2012〕127号。 | 变更姓名、性别、身份证号、出生日期等关键信息的可要求提供必要的对应辅助材料。  说明：单位职工参保信息变更登记由单位经办人统一办理。 |
| 3 | 个人身份参加职工医保参保信息变更登记 | 1.有效身份证或医保电子凭证或社保卡；  2.《基本医疗保险职工参保信息变更登记表》（附表3）。 | 即时办结 | 申请-受理（初审）-复核-办结 | 1.《重庆市人民政府关于印发重庆市以个人身份参加城镇职工医疗保险市级统筹暂行办法的通知》（渝府发〔2009〕29号）；  2.《重庆市人力资源和社会保障局重庆市财政局关于以个人身份参加城镇职工医疗保险有关事宜的通知》（渝人社发〔2016〕257号）。 |
| 4 | 医疗保险个人账户一次性支取 | 1.有效身份证或医保电子凭证或社保卡；  2.《职工基本医疗保险个人账户一次性支取申请表》（附表4）。 | 不超过15个工作日 | 申请-受理（初审）-复核-办结 | 《重庆市城镇职工基本医疗保险市级统筹个人账户管理暂行办法》（渝劳社发〔2001〕59号）。 | 1.因死亡支取的还需提供继承人有效身份证件、银行账户信息，通过数据共享无法查询死亡信息的应提供个人承诺书；  2.出国定居人员还需提供相关出国证明材料；  3.主动放弃参加职工基本医疗保险的，需提供主动放弃基本医疗保险的情况说明。 |
| 5 | 参保人员参保信息查询 | 有效身份证或医保电子凭证或社保卡。 | 即时办结 | 申请-受理（初审）-复核-办结 | 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。 |  |
| 6 | 打印《参保证明》 | 有效身份证或医保电子凭证或社保卡。 | 即时办结 | 申请-受理（初审）-复核-办结 |
| 7 | 异地安置退休人员备案 | 1.有效身份证或医保电子凭证或社保卡；  2.《异地就医登记备案表》（附表5）；  3.异地安置认定材料：“户口簿首页”和本人“常住人口登记卡”，或个人承诺书。 | 即时办结 | 申请-受理（初审）-复核-办结 | 1.《重庆市人力资源和社会保障局关于完善基本医疗保险跨省异地就医管理有关问题的通知》（渝人社发〔2017〕169号）；  2.《重庆市人力资源和社会保障局关于进一步加强异地就医有关事宜的补充通知》（渝人社发〔2017〕195号）；  3.关于印发重庆市医疗保险就医管理暂行办法的通知（渝人社发〔2012〕103号）；  4.《重庆市人民政府办公厅关于印发重庆市城镇职工医疗保险市级统筹办法和重庆市城乡居民合作医疗保险市级统筹办法的通知》（渝办发〔2011〕293号）；  5.《关于印发重庆市城乡居民合作医疗保险市级统筹实施办法的通知》（渝人社发〔2012〕127号）。 | 1.可通过线上渠道或电话直接“不见面”办理；  2.办理变更、暂停、恢复或终止的只需要有效身份证件或医保电子凭证或社保卡。 |
| 8 | 异地长期居住人员备案 | 1.有效身份证或医保电子凭证或社保卡；  2.《异地就医登记备案表》（附表5）；  3.长期居住认定材料：居住证明或个人承诺书。 | 即时办结 | 申请-受理（初审）-复核-办结 |
| 9 | 常驻异地工作人员备案 | 1.有效身份证或医保电子凭证或社保卡；  2.《异地就医登记备案表》（附表5）；  3.异地工作证明材料：参保地工作单位派出证明或异地工作单位证明或工作合同，或个人承诺书。 | 即时办结 | 申请-受理（初审）-复核-办结 |
| 10 | 异地转诊人员备案 | 1.有效身份证或医保电子凭证或社保卡；  2.《异地就医登记备案表》（附表5）；  3.具有转诊资质的定点医疗机构开具的转诊转院证明材料。 | 即时办结 | 申请-受理（初审）-复核-办结 |  |
| 11 | 临时异地备案 | 1.有效身份证或医保电子凭证或社保卡；  2.《异地就医登记备案表》（附表5）。 | 即时办结 | 申请-受理（初审）-复核-办结 | 可支持线上渠道或电话直接“不见面”办理。 |
| 12 | 生育医疗费手工报销 | 1.医保电子凭证或有效身份证件或社保卡；  2.医院收费票据；  3.费用清单；  4.病历资料；  5.单位账户信息。 | 不超过20个工作日 | 申请-受理-初审-复审-审批-拨付-办结 | 1.《中华人民共和国社会保险法》（主席令第35号）第五十四条；  2.《重庆市职工生育待遇暂行办法》（重庆市人民政府令第181号）；  3.《重庆市职工生育待遇暂行办法实施意见》（渝劳社办发〔2005〕126号）；  4.《关于印发重庆市职工生育保险医疗费用支付标准的通知》（渝劳社发〔2005〕41号）；  5.《重庆市劳动和社会保障局重庆市财政局关于调整职工生育待遇水平的通知》（渝劳社发〔2009〕17号）；  6.《关于调整医疗服务项目“遗传疾病基因检测”职工生育待遇支付标准的通知》（渝人社发〔2011〕184号）；  7.《重庆市社会待遇局关于做好生育待遇遗传疾病基因检测工作有关事宜的通知》（渝社险发〔2012〕56号）；  8.《重庆市人力资源和社会保障局关于宫外孕报销问题的通知》（渝人社发〔2014〕51号）；  9.《关于印发重庆市生育待遇和职工基本医疗待遇合并实施细则的通知》（渝人社发〔2017〕190号）；  10.《重庆市医疗保障局办公室关于进一步规范生育保险待遇申领支付有关事宜的通知》（渝医保办发〔2021〕31号)。 | 1.一次性申报只需提供一份材料；  2.已进行联网结算，生育津贴申领无需提供病历材料；  3.加强部门间数据共享，互相提供证明材料，医保经办机构业务平台如无法通过其他部门获得出生医学证明等，由办理人提供，无法提供的，需提供个人承诺书。 |
| 13 | 计划生育医疗费手工报销 | 不超过20个工作日 | 申请-受理-初审-复审-审批-拨付-办结 |
| 14 | 产前检查费手工报销 | 不超过20个工作日 | 申请-受理-初审-复审-审批-拨付-办结 |
| 15 | 遗传疾病基因检测手工报销 | 不超过20个工作日 | 申请-受理-初审-复审-审批-拨付-办结 |
| 16 | 生育津贴申领 | 1.医保电子凭证或有效身份证件或社保卡；  2.病历资料；  3.单位银行账户信息。 | 不超过20个工作日 | 申请-受理-审核-拨付-办结 |
| 17 | 定点医疗机构申报 | 1.《重庆市基本医疗保险定点医疗机构申请表》（附表6）；  2.医疗机构执业许可证或中医诊所备案证或军队医疗机构为民服务许可证复印件；  3.与医保政策对应的内部管理制度和财务制度文本；  4.与医保有关的医疗机构信息系统相关材料；  5.纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告；  6.开展生育保险医疗服务的还需以下材料：  ①重庆市职工生育保险定点医疗机构申请表》（附表7）；  ②《母婴保健技术服务许可证》、《计划生育手术服务机构执业许可证》复印件；  ③生育或产前检查医疗服务的诊疗科目清单，生育医疗服务的技术、医疗设施、设备和仪器证明材料；  7.市医疗保障局按相关规定要求提供的其他材料。 | 不超过60个工作日 | 申请—受理—材料流转—属地收件—实地查看—多方评估—集体研究—公示—签约联网-办结 | 1.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局第2号令）；  2.《重庆市医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（渝医保发〔2021〕34号）。 |  |
| 18 | 定点零售药店申报 | 1.《重庆市基本医疗保险定点零售药店申请表》（附表8）；  2.药品经营许可证、营业执照和法定代表人、主要负责人或实际控制人身份证复印件；  3.执业药师资格证书或药学技术人员相关证书及其劳动合同复印件；  4.医保专（兼）职管理人员的劳动合同复印件；  5.与医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度文本；  6.与医保有关的信息系统相关材料；  7.纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告；  8.申请国家医保谈判药品定点和门诊慢特病定点的零售药店还需提供冷链设施设备清单；  9.市医疗保障局按相关规定要求提供的其他材料。 | 不超过60个工作日 | 申请—受理—材料流转—属地收件—实地查看—多方评估—集体研究—公示—签约联网-办结 | 1.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局第3号令）；  2.《重庆市零售药店医疗保障定点管理暂行办法》（渝医保发〔2021〕35号）。 |  |
| 19 | 定点门诊医疗机构信息变更 | 1.《医疗（生育）保障定点医药机构信息变更登记表》（附表9）；  2.执业许可证、营业执照等证明材料变更前后的加盖单位鲜章复印件。 | 不超过4个工作日 | 申请—受理—材料流转—属地收件—初审—复核—办结 | 1.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局第2号令）；  2.《重庆市医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（渝医保发〔2021〕34号）。 |  |
| 20 | 定点社区医疗机构信息变更 | 1.《医疗（生育）保障定点医药机构信息变更登记表》（附表9）；  2.执业许可证、营业执照等证明材料变更前后的加盖单位鲜章复印件。 | 不超过4个工作日 | 申请—受理—材料流转—属地收件—初审—复核—办结 |  |
| 21 | 定点住院医疗机构信息变更 | 1.《医疗（生育）保障定点医药机构信息变更登记表》（附表9）；  2.执业许可证、营业执照等证明材料变更前后的加盖单位鲜章复印件。 | 不超过4个工作日 | 申请—受理—材料流转—属地收件—初审—复核—办结 |  |
| 22 | 定点零售药店信息变更 | 1.《医疗（生育）保障定点医药机构信息变更登记表》（附表9）；  2.执业许可证、营业执照等证明材料变更前后的加盖单位鲜章复印件。 | 不超过4个工作日 | 申请—受理—材料流转—属地收件—初审—复核—办结 | 1.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局第3号令）；  2.《重庆市零售药店医疗保障定点管理暂行办法》（渝医保发〔2021〕35号）。 |  |
| 23 | 定点特病药店信息变更 | 1.《医疗（生育）保障定点医药机构信息变更登记表》（附表9）；  2.执业许可证、营业执照等证明材料变更前后的加盖单位鲜章复印件。 | 不超过4个工作日 | 申请—受理—材料流转—属地收件—初审—复核—办结 |  |
| 24 | 国谈药品药店信息变更 | 1.《医疗（生育）保障定点医药机构信息变更登记表》（附表9）；  2.执业许可证、营业执照等证明材料变更前后的加盖单位鲜章复印件。 | 不超过4个工作日 | 申请—受理—材料流转—属地收件—初审—复核—办结 |  |
| 25 | 失能人员资格评定 | 1.《长期护理失能等级评估申请表》（附表10）；  2.与失能相关材料的有效复印件（如：病历、诊断证明书、相关检查报告等）；  3.参保人有效身份证件或医保电子凭证或社保卡。 | 不超过30个工作日（情况复杂的，最多不超过60天） | 申请-受理-评估-集中评审出具评估结论-公示-结论送达-办结 | 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.《重庆市医疗保障局办公室 重庆市民政局办公室关于印发重庆市长期护理保险失能评估管理暂行办法的通知》（渝医保办〔2021〕52号） | 在试点区县之间通办。 |
| 26 | 医疗救助对象手工报销 | 1．有效身份证件或医保电子凭证或社保卡；  2．基本医保、大病（大额）报销后的结算单、医院收费票据(发票)、住院（门诊）费用清单、定点医疗机构处方底方或定点药店购药发票；  3．病历资料；  4．银行卡账户信息。 | 不超过30个工作日 | 申请-受理-材料流转-救助认定地收件-初审-复审-审批-拨付-办结 | 1.《重庆市人民政府关于进一步完善城乡医疗救助制度的意见》（渝府发〔2012〕78号）；  2.《重庆市医疗保障局 重庆市财政局关于医疗救助跨省异地就医有关问题的通知》（渝医保发〔2020〕56号）；  3.《重庆市人民政府办公厅转发市民政局等部门关于进一 步完善医疗救助制度意见的通知》（渝府办发〔2015〕174号）。 | 1.与其他费用合并支付的一次性提供材料；  2.对医疗救助身份生效后产生的费用进行救助报销；  3.因特殊原因不能进行联网报销的可进行手工报销。 |

注：材料流转时间不计入办理时限。

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

表3

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 | 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4

职工基本医疗保险个人账户一次性支取申请表

编号 ： (省份)(统筹区)(年份)(第 XXXX 号)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参保人员信息 | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | |  | | 性别 | | |  | | | 年龄 | |  | |
| 身份证件号码 | |  | | | | | 联系电话 | | |  | | | |
| 户籍地址 | |  | | | | | | | | 户籍类型 | | □居民 | |
| □农业 □非农业 | |
| □台港澳 □外籍 | |
| 联系地址 | |  | | | | | | | | 邮政编码 | |  | |
| 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） | | | | | | | | | | | |
| 转出地医疗保障经办机构信息 | | | | | | | | | | | | | |
| 机构名称 |  | | | | | 联系电话 | |  | | | 行政区划代码 | |  |
| 机构地址 |  | | | | | | | | | | 邮政编码 | |  |
| 申请人信息（若参保人办理 ，则不需填写） | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | | 身份证件号码 | |  | | 与参保人关系 | |  | | 联系电话 | |  |
| 联系地址 |  | | | | | | | | | | 邮政编码 | |  |

申请人（签字）： 申请时间 ： 年 月 日

表5

异地就医登记备案表

 备案编号 ：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 性 别 | |  | | 险种 | | □职工医保  □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  □常驻异地工作人员  □异地转诊人员  □临时异地 ： | | | 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 ．跨省异地就医执行就医地目录 、参保地起付线 、封顶线及支付比例 。因各地目录差异 ， 直接结算与回参保地报销可能存在待遇差 ，属于正常现象 。  2 ． 办理备案时直接备案到就医地市或省份 。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的跨省定点医疗机构住院就医 。  3 ． 到北京 、天津 、上海 、重庆 、海南 、西藏和新疆生产建设兵团就医 ，备案到就医省份 即可 。  4 ． 未按规定办理登记备案手续 ，或在就医地非跨省定点医疗机构发生的医疗费用 ，按参 保地现有规定办理 。 | | | | | | | | | | |
| □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6

重庆市基本医疗保险

定点医疗机构申请表

申请单位: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

申 请 时 间： 年 月 日

·重庆市医疗保障局制·

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 | |  | | | | 第二名称 | | | |  | | | |
| 医疗机构地址 | |  | | | | 统一社会信用代码 | | | |  | | | |
| 所有制形式 | |  | | | | 是否为非营利  性医疗机构 | | | | 是　　　　否 | | | |
| 执业许可证号 | |  | | | | 医院等级 | | | |  | | | |
| 开户银行  及帐号 | |  | | | | 主管部门 | | | |  | | | |
| 正式运营时间 | |  | | | | 营业面积 | | | |  | | | |
| 法定代表人 | | 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 | | | | | | | | | | | |
| 医保主管领导 | | 姓名 | | | | 联系电话 | | | |  | | | |
| 医保职能部门 | | 负责人 | | | | 联系电话 | | | |  | | | |
| 专职人数 | | | | 兼职人数 | | | |  | | | |
| 床位情况 | | 核定住院床位数 | | | | 实际住院开放  床位数 | | | |  | | | |
| 急诊观察床位数 | | | | 临时观察  床位数 | | | |  | | | |
| ICU床位数 | | | CCU床位数 | | | | | 特需病房床位数 | | | |
| 职工情况 | | 在职职工人数 | | | | | | | | | | | |
| 卫技人员  构成  (以注册人员为准) | |  | | 总人数 | | | 高级职称 | | 中级职称 | | | 初级职称 | |
| 医　生 | |  | | |  | |  | | |  | |
| 护　士 | |  | | |  | |  | | |  | |
| 医　技 | |  | | |  | |  | | |  | |
| 药　师 | |  | | |  | |  | | |  | |
| 合　计 | |  | | |  | |  | | |  | |
| 科室设置  及病床数  （以注册人员为准） | | 序号 | 科室 | 住院  开放床位数 | | | 医生人数 | | 护士人数 | | | 其他 | |
|  |  |  | | |  | |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | |  | | |  | |
| 大型医疗设备清单 | | | | | | | | | | | |
| 品种 | | | 型号及数量 | | | | 购买年月 | | | 有效期 | |
| 电子束扫描诊断仪 | | |  | | | |  | | |  | |
| X线计算机断层扫描仪（CT） | | |  | | | |  | | |  | |
| 彩色多谱勒超声诊断仪 | | |  | | | |  | | |  | |
| 爱克斯刀（X刀） | | |  | | | |  | | |  | |
| 医用直线加速器 | | |  | | | |  | | |  | |
| 眼科准分子激光治疗仪 | | |  | | | |  | | |  | |
| 磁共振成像仪（MRI） | | |  | | | |  | | |  | |
| 数字减影血管造影装置（DSA） | | |  | | | |  | | |  | |
| 核素计算机断层显象仪 | | |  | | | |  | | |  | |
| 细胞刀 | | |  | | | |  | | |  | |
| 超高速CT(UPCT) | | |  | | | |  | | |  | |
| 正电子发射断层扫描装置（PET） | | |  | | | |  | | |  | |

大型医疗设备清单

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 其他大型医疗仪器设备清单 | | | |
| 品种 | 型号及数量 | 购买年月 | 有效期 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 申  请  内  容 | （单位公章）  　　　　　　　　　　　　　法人代表签字　　年　　月　　日 |
| 备  注 |  |

注：卫计人员花名册由申报单位单独附表同时报送

卫技人员花名册

医疗机构名称（签章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 科室及  岗位 | 姓名 | 性  别 | 身份  证号码 | 专业种类 | 职称 | 执业资格  证及编号 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：1．“专业种类”应与执业证书内容相符；

2．“科室及岗位”栏填具体科室和职务；

3．此表上报时需附执业证注册证复印件并由医疗机构盖章确认，公立医院可直接提供卫生健康部门的注册情况说明。

表7

重庆市职工生育保险定点医疗机构申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请单位名称 |  | | | | | |
| 所有制形式 |  | | 法人代表 | | |  |
| 医院等级 |  | |  | | |  |
| 单位地址 |  | | | | | |
| 联系人 |  | 联系电话 | |  | | |
| 单位开户银行及帐号 | |  | | | | |
| 资质名称 | | 有 | | | 无 | |
| 生育医疗资质 | |  | | |  | |
| 母婴保健技术服务许可证 | |  | | |  | |
| 《医疗机构执业许可证》的执业范围中是否注明“计划生育技术许可项目” | |  | | | | |
| 申请内容 | | （单位印章）  法人代表签字　　年　月　日 | | | | |

表8

**重庆市基本医疗保险**

**定点零售药店申请表**

申请单位­­­­：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

申请时间： 年 月 日

·重庆市医疗保障局制·

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 药店名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | （直营加盟单体其他） | | | | | | | |
| 企业负责人 | |  | | | | | | | | | | 联系电话 | | |  | | | | | | | |
| 身份证号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 实际控制人 | |  | | | | | | | | | | | 联系电话 | | |  | | | | | | |
| 身份证号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法定代表人 | |  | | | | | | | | | | 是否独立  法人 | | | 是（）否（） | | | | | | | |
| 医保主管  领导 | | 姓名 | | | | | | | | | | 联系电话 | | |  | | | | | | | |
| 医保职  能部门 | | 负责人 | | | | | | | | | | 联系电话 | | |  | | | | | | | |
| 专职人数 | | | | | | | | | | 兼职人数 | | |  | | | | | | | |
| 药店地址 | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  |
| 经营时间 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 营业面积 | | 平方米 | | | | | | | | | | 仓储面积 | | | 平方米 | | | | | | | |
| 单位开户银行及帐号 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 人员构成 | | | 药学技术人  员数 | | | 人 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 营业  人员 | | | 人 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 其他  人员 | | | 人 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 合计 | | | 人 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 药师配置  情况 | | | 姓名 | | | 性别 | | | 年龄 | | | 技术资格 | | | 发证日期 | | | | | | | 证书编号 |
|  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | | | | |  |
|  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | | | | |  |
| 药店许可  经营范围 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 经营品种情况 | | | 药品种数 | | | | | 医保用品种数（非药品） | | | | | | | | | 合计 | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |
| 24小时服务  方式 | | | 夜间小窗口（）夜间营业（）自动售药机（）其他： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 是否24小时药师值班 | | | | | | | | | | | 是（）否（） | | | | | | | | | | | |
| 是否经营  中药饮片 | | | | | 是（）否（） | | | | | | 近三年内有无药品  质量方面的违法行为 | | | | | | | | 有（）无（） | | | |
| 工作人员  参加社会保险的情况 | | 总人数（人） | | | | | 应参保人数（人） | | | | | | | 实际参保人数（人） | | | | | | | 参保率 | |
|  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | |
| 上级公司名称 | | | |  | | | | | | 上级公司地址 | | | | | | | |  | | | | |
| 申报  内容 | 法人代表（负责人）签字：　　（单位公章）  　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申报  当事人  姓名 |  | | | | | | | | | | | | | 联系电话 | | | | | |  | | |
| （以上内容请零售药店如实填写） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 备  注 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

冷链设施设备清单

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 冷链设施设备清单 | | | |
| 品种 | 型号及数量 | 购买年月 | 有效期 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

表9

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗（生育）保障定点医药机构信息变更登记表 | | | | | | | | | | |
| 编号： 填表时间： | | | | | | | | | | |
| 定点医药机构名称 | | |  | | | 国家机构编码 | | |  | |
| 地址： | | | | | | | | | | |
| 变更情况 | 变更项目 | 批准文号 | | | 变更前 | | 变更后 | | | |
|  |  | | |  | |  | | | |
|  |  | | |  | |  | | | |
|  |  | | |  | |  | | | |
|  |  | | |  | |  | | | |
| 申请机构声明 | | 本表所填内容正确无误，所提交证明材料真实有效。如有虚假愿承担相应法律责任。  申请机构法定代表人（负责人）签字：  申请机构（盖章）：  年 月 日 | | | | | | | | |
| 定点医药机构  医保负责人 | |  | | 手机 | |  | | 办公  电话 | |  |
| 协议地经办机构科室负责人 | |  | | 手机 | |  | | 办公  电话 | |  |
| 协议地经办  机构、意见 | | 意见（同意或不同意） | |  | | 分管  领导 | |  | | |
| 协议地医保行政、部门意见 | | 意见（同意或不同意） | |  | | 部门  负责人 | |  | | |
|

协议地经办机构（加盖公章）：

表10

长期护理失能等级评估申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 评估对象基本信息 | 姓名 |  | 身份证号 | |  | |
| 性别 |  | 年龄 | |  | |
| 民族 |  | 参保地 | |  | |
| 失能时间（月） |  | 是否经过  康复治疗 | | □是，治疗月数 月  □否 | |
| 是否首次  申请 | □是□否 | 联系电话 | |  | |
| 保障方式 | □职工基本医疗保险□城乡居民基本医疗保险□特困供养  □最低生活保障 □其他： | | | | |
| 文化程度 | □文盲□小学□中学（含中专）□大学（含大专）及以上 | | | | |
| 居住状况 | □独居 □与配偶/伴侣居住□与子女居住□与父母居住  □与兄弟姐妹居住 □与其他亲属居住  □与非亲属关系的人居住 □养老机构□医院 | | | | |
| 居住地址 | 省 市 区/县 街道/乡  （村） | | | | |
| 照护者 | 当需要帮助时（包括患病时），谁能来照料：  □配偶□子女□亲友□保姆□护工  □医疗人员 □没有任何人 □其他： | | | | |
| 申请人相关信息 | 姓名 |  | | 与评估对象  关系 | | □配偶□子女□其他亲属  □雇佣照护者□本人□其他 |
| 联系电话 |  | | 身份证号 | |  |
| 联系地址 | 省 市 区/县 街道/乡  （村） | | | | |
| 承诺事项 | | 以上情况和所提供材料均真实有效，且同意将评估结果在一定范围内公示。如有不实，本人愿意承担相应法律责任。  申请人（签字）： 年月 日 | | | | |
| 经办机构（含受托第三方）受理事项 | |  | | | | |

表11

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 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

附件2

异地代收代办业务流程

（说明：本流程仅适用于医保定点医疗机构申请和信息变更及医疗救助对象手工报销业务）

1．就近申请：申请人携带相关资料就近前往区县医保经办服务大厅申请办理。

2．异地代收：医保经办机构窗口人员依据《重庆医保“跨区县通办”服务事项办事要素》对申请材料进行形式审查和身份核验，判断材料是否符合要求，若材料不齐全则一次性告知需补齐的材料；若材料符合要求则代收材料，列明收件明细。

3．材料流转：代收材料后，收件地经办机构应在3个工作日内将受理材料流转到属地医保经办机构。

4．属地办理：属地医保经办机构收到受理材料后，按照审批服务流程，在规定时限为参保人办理相关业务；

5．结果反馈：属地医保经办机构应及时将办理结果反馈给参保人。

|  |  |
| --- | --- |
| 重庆市医疗保障局办公室 | 2021年12月30日印发 |