

平凉市医疗保障局文件

平医保发〔2023〕19号

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

各县（市、区）医疗保障局：

为贯彻落实《甘肃省医保局省财政厅关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（甘医保发〔2022〕75号）精神，完善我市异地就医直接结算政策措施，切实做好基本医疗保险异地就医直接结算工作，现就有关事项通知如下：

一、总体要求

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深化基本医疗保险异地就医直接结算改革，规范待遇政策、优化结

算流程、提高服务效率，持续提升人民群众异地就医结算的获得感、幸福感和安全感。2025 年底前，全市住院费用跨省直接结算率提高到 70%以上，省内异地直接结算率提高到 90%以上，定点医药机构全部开通普通门诊异地直接结算业务，群众需求大的门诊慢特病相关治疗费用逐步纳入异地直接结算范围，异地就医备案规范便捷，基本实现医保报销线上线下均可异地通办。

二、优化异地就医直接结算政策

全市异地就医直接结算的住院、普通门诊和门诊慢特病医疗费用，统一执行参保地政策、就医地支付范围。将异地就医备案有效期统一为6个月，有效期内可在就医地多次就医并享受异地就医直接结算服务。允许参保人员在异地就医出院结算前补办异地就医备案，就医地联网定点医疗机构要为参保人员办理医疗费用异地直接结算。允许符合就医地管理规定的无第三方责任外伤费用纳入异地就医直接结算范围，就医地经办机构应将相关费用一并核查清算。同时，支持异地就医备案人员在备案地和就医地双向享受同等医保待遇。

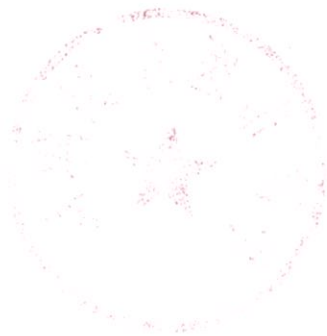
三、规范和加强异地就医直接结算服务管理

全市各级医保行政部门和经办机构要统筹推进市内外就医医保基金结算管理服务，大力宣传异地就医直接结算政策，不断扩大政策知晓范围。加强异地就医备案管理，优化备案流程，指定并授权符合条件的定点医疗机构为异地转诊转院就医参保人员直接办理异地就医备案业务。落实就医地和参保地异

地就医监管责任，探索建立异地就医直接结算费用监管机制，制定监管措施，强化基金监管。定点医药机构要做好异地就医直接结算医保信息接口改造和适配，及时提交异地就医结算费用数据，规范异地直接结算流程。要加强异地就医经办管理队伍建设，确定专人专职负责异地就医直接结算工作，保证服务质量，提高工作效率。

附件：平凉市基本医疗保险异地就医直接结算经办规程





抄送：平凉市财政局，中华联合财产保险股份有限公司平凉市中心支公司。

公开属性：主动公开

平凉市医疗保障局

2023年4月3日印发

平凉市基本医疗保险异地就医 直接结算经办规程

第一章 总 则

第一条 为加强参保人员异地就医直接结算经办业务管理，规范经办业务流程，推动业务协同联动，提高服务水平，根据《省医疗保障局 省财政厅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》文件要求，制定本规程。

第二条 本规程所称异地就医是指基本医疗保险参保人员在参保关系所在统筹区以外的定点医药机构发生的就医、购药行为。异地就医直接结算是指参保人员跨统筹区异地就医时只需支付按规定由个人负担的医疗费用，其他费用由就医地医保部门与跨统筹区联网定点医药机构按医疗保障服务协议（以下简称医保服务协议）约定审核后支付。

第三条 本规程适用于基本医疗保险参保人员跨统筹区异地就医直接结算经办管理服务。其中基本医疗保险包括职工基本医疗保险（以下简称职工医保）和城乡居民基本医疗保险（以下简称居民医保）。

第四条 异地就医直接结算工作实行统一管理、分级负责。市级医保行政部门按照国家和省级异地就医直接结算政策，及时制定出台配套政策，市、县（市、区）医保经办机构做好异地备案管理、待遇审核结算、资金清算和问题协同处理。

第五条 异地就医直接结算费用医保基金支付部分实行先预付后清算，预付资金原则上来源于医疗保险基金。

第六条 优化经办流程，支持医保电子凭证、居民身份证和社会保障卡等作为有效凭证，按照“就医地目录、参保地政策、就医地管理”的要求，提供便捷高效的异地就医直接结算服务。将符合补充医疗保险、医疗救助等支付政策的医疗费用逐步纳入异地就医直接结算范围。

第二章 范围对象

第七条 参加基本医疗保险的下列人员，可以申请办理异地就医直接结算。

（一）异地长期居住人员，包括异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员等长期在参保地外工作、居住、生活的人员。

（二）临时外出就医人员，包括异地转诊就医人员，因工作、旅游等原因异地急诊抢救人员以及其他临时外出就医人员。

第三章 登记备案

第八条 市、县（市区）医保经办机构按规定为参保人员办理登记备案手续。

（一）异地安置退休人员需提供以下材料：

1. 医保电子凭证、有效身份证件或社会保障卡;
2. 《平凉市异地就医登记备案表》(以下简称备案表, 见附件 1, 线上自助备案人员可以不填备案表下同);
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, 见附件 2)。

(二) 异地长期居住人员需提供以下材料:

1. 医保电子凭证、有效身份证件或社会保障卡;
2. 备案表;
3. 长期居住认定材料(居住证明或个人承诺书)。

(三) 常驻异地工作人员需提供以下材料:

1. 医保电子凭证、有效身份证件或社会保障卡;
2. 备案表;
3. 异地工作证明材料(工作单位派出证明、异地工作单位证明、劳动合同任选其一或个人承诺书)。

(四) 异地转诊人员需提供以下材料:

1. 医保电子凭证、有效身份证件或社会保障卡;
2. 备案表;
3. 医保部门规定的定点医疗机构开具的转诊转院证明材料。

(五) 异地急诊抢救人员视同已备案。

(六) 临时外出就医人员备案, 需提供医保电子凭证、有效身份证件或社会保障卡, 以及备案表。

第九条 参保人员可通过市、县(市区)医保经办机构窗口或国家医保服务平台 APP、甘肃医疗保障局微信公众号、国

家异地就医备案小程序、国务院客户端小程序、甘肃政务服务网、甘肃政务网 APP（甘快办）、甘肃医保 APP、甘肃医保个人网厅等多种渠道申请办理异地就医备案手续。通过线上备案渠道申请办理登记备案的，原则上应在两个工作日内办结。

第十条 异地长期居住人员登记备案后，未申请变更备案信息或参保状态未发生变更的，备案长期有效，备案 6 个月后方可设置变更或取消备案。临时外出就医人员备案后，有效期为 6 个月。参保人员因同种疾病再次跨统筹区转外就医的，应提供就医地医院转诊手续再次办理转诊备案；参保人员超出备案有效期的，但因同种疾病确需在就医地继续治疗的，需提供医院相关证明（如住院病历、疾病诊断证明等明确需继续治疗的诊断资料），经办机构可为患者办理一次延期，延长备案有效期为 6 个月。

第十一条 医保经办机构在为参保人员办理备案时原则上直接备案到就医地市州或直辖市，参保人员到海南、西藏、新疆生产建设兵团就医的，可备案到就医省和新疆生产建设兵团。参保人员可在备案地开通的所有异地联网定点医疗机构享受住院费用直接结算服务，门诊就医时应选择异地联网定点医药机构就医购药。

第十二条 参保人员办理异地就医备案后，备案有效期内可在就医地多次就诊并享受异地就医直接结算服务。备案有效期内已办理入院手续的，不受备案有效期限限制，可正常直接结算相应医疗费用。

第十三条 医保经办机构要及时为参保人员办理异地就医备案登记、变更和取消业务，并将异地就医备案、门诊慢特病认定资格等信息实时上传至国家跨省异地就医管理子系统和甘肃省医疗保障信息平台，方便就医地经办机构和定点医疗机构查询。

第十四条 市、县（市、区）医保经办机构指定并授权符合条件的定点医疗机构为异地转诊人员办理异地就医备案业务，指定的转诊医疗机构应严格按照转外就医条件（见附件3），及时为符合转诊条件的参保人员办理转外就医申请表（见附件4），直接在医保信息系统中完成异地就医备案，医保经办机构要把医保系统中异地转外就医备案申请审批经办权限下放至符合条件的定点医疗机构，并督促定点医疗机构及时为转外就医人员备案。未及时转诊和备案造成医疗纠纷及医疗事故的，由医疗机构承担相应的责任。

第十五条 除急诊抢救人员外，参保人员在就医地非定点医药机构发生的医疗费用，不予报销。

第四章 待遇政策

第十六条 参保人员异地就医直接结算住院、普通门诊和门诊慢特病医疗费用，原则上执行就医地规定的支付范围及有关規定（基本医疗保险药品、医疗服务项目和医用耗材等支付范围、支付标准和限价标准），执行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。

第十七条 支持异地长期居住人员在备案地和参保地双向享受医保待遇，按异地就医政策同等对待。

第十八条 参保人员在异地定点医疗机构急诊抢救后未住院死亡的，其当次门诊急诊抢救费用可凭门诊发票、费用清单（盖章）、死亡证明、急诊病历等有关材料到参保地经办机构按住院费用政策予以报销。

第十九条 生育医疗费用异地就医直接结算按照国家医保局和省医保部门整体部署要求逐步推进，未能直接结算报销的原渠道返回参保地按照市内生育保险政策规定手工结算报销。

第五章 就医管理

第二十条 医保经办机构应将辖区内符合条件的定点医药机构纳入异地联网结算范围，按要求在异地就医管理子系统中做好联网定点医药机构基础信息、医保服务协议状态等相关信息动态维护工作。

第二十一条 异地联网定点医药机构应对异地就医患者进行身份识别，为符合就医地规定的门（急）诊、住院异地患者提供合理规范的诊疗服务及方便快捷的异地就医直接结算服务，实时上传就医和结算信息。参保人员未办理异地就医备案的，可在定点医药机构指引下申请办理登记备案手续，出院结算前

完成登记备案的，异地联网定点医疗机构应提供异地就医直接结算服务。

第二十二条 参保人员在异地联网定点医药机构就医购药时，应主动表明参保身份，出示医保电子凭证或社会保障卡等有效凭证，遵守就医地就医、购药有关流程和规范。

第二十三条 医保经办机构、定点医药机构应通过大众传媒、互联网、医保 APP、宣传册、告示栏等多种渠道，做好异地就医政策宣传解读，营造良好的舆论氛围，为参保人员提供优质便捷贴心的异地就医服务。

第六章 医疗费用结算

第二十四条 参保人员异地就医住院费用和门诊费用出院结算时，就医地医保部门将其住院费用明细信息转换为全国统一的大类费用信息，经国家、省级异地就医结算系统传输至参保地，参保地按照当地政策规定计算出应由参保人员个人负担以及各项医保基金支付的金额，并将结果回传至就医地定点医疗机构，用于定点医疗机构与参保人员直接结算。

第二十五条 参保人员因急诊抢救就医的，医疗机构在为参保人员办理“门诊结算”或“入院登记”时，应按接口标准规范要求如实上传“门诊急诊转诊标志”或“住院类型”。对于“门诊急诊转诊标志”或“住院类型”为“急诊”的，参保人员未办理异地就医备案的，参保地应视同已备案，允许参保

人员按参保地异地急诊抢救相关待遇标准直接结算相关门诊、住院医疗费用。

第二十六条 参保人员在异地因外伤产生的住院合规医疗费用，主诉无第三方责任人，由参保人填写《外伤无第三方责任承诺书》（见附件5），定点医疗机构可结合接诊及参保人员病情等实际情况，为参保人员办理异地就医直接结算。定点医疗机构在为参保人员办理入院登记时，应按接口标准规范要求，通过“外伤标志”和“涉及第三方标志”两个接口，如实上传参保人员外伤就医情况。

第二十七条 联网定点医疗机构对于异地就医患者住院期间确因病情需要到其他定点医疗机构检查治疗或到定点药店购药的，需提供《住院期间外院检查治疗或定点药店购药单》（见附件6），加盖定点医疗机构医疗保险办公室印章，相关费用纳入本次住院费用异地直接结算。

第二十八条 参保人员在就医地异地联网定点医药机构凭医保电子凭证、居民身份证或社会保障卡等有效凭证就医购药，根据住院结算清单、医疗收费票据等，结清应由个人负担的费用，就医地经办机构与定点医药机构按医保服务协议结算医保基金支付的费用。

第二十九条 国家跨省异地就医管理子系统每日自动生成对账信息，参保地应每日完成当日结算信息对账，每月3日前完成上月所有结算费用的对账。

第三十条 就医地医疗机构在参保人员发生住院费用跨省

直接结算后 3 日内将医疗费用明细上传国家跨省异地就医管理子系统，市、县（市区）医保经办机构可查询和下载医药费用及其明细项目。省内异地就医结算费用由定点医药机构系统每月底自动生成对账信息，和甘肃省医疗保障信息平台系统对账，对平后上传至甘肃省医疗保障信息平台异地就医管理子系统进行清分。对账不平时，定点医药机构可使用医药机构费用结算对明细账排查原因再进行对账，对账不符的定点医药机构也可向医保经办机构反馈，及时查明原因并协调处理。

第三十一条 县（市、区）医保经办机构在次月 16 日 24 时前完成与异地定点医药机构对账确认工作，将上月异地就医结算对账数据上传至甘肃省医疗保障信息平台异地就医管理子系统，并按医保服务协议约定，按时将确认的费用拨付给定点医药机构。

第三十二条 就医地对于跨年度连续参保的人员住院治疗过程跨自然年度的，应以出院结算日期为结算时点，按一笔费用整体结算，并将医疗费用信息传回参保地；对于跨年度未连续参保的，计算日均费用后，根据跨年度前后的住院天数，将住院医疗费用分割到两个年度，确定参保年度内基金和个人费用分担额度。

第三十三条 医保经办机构和定点医药机构要支持参保人员普通门诊费用异地直接结算后合理的退费需求，提供隔笔退费、跨年退费和清算后退费服务。

第三十四条 异地就医发生的医疗费用由就医地经办机构

按照就医地的基本医疗保险药品、医疗服务项目和医用耗材等支付范围进行费用审核，对发生的不符合规定的医疗费用按就医地医保服务协议约定予以扣除。

第三十五条 参保人员异地就医备案后，因结算网络系统、就诊凭证等故障导致无法直接结算的，相关医疗费用可回参保地手工报销，参保地经办机构按参保地规定为参保人员报销相关医疗费用。参保人员返回参保地手工报销的，原则上在出院后三个月内按参保地规定提交报销资料，最长不超过一年。

第七章 费用清算

第三十六条 市级医保经办机构通过甘肃省医疗保障信息平台异地就医管理子系统下载《平凉市跨省异地就医费用付款通知书》《平凉市跨省异地就医费用收款通知书》《平凉市省内异地就医费用付款通知书》《平凉市省内异地就医费用收款通知书》，在5个工作日内完成费用明细清分，将费用明细清分单提交市医保部门，并将城乡居民跨省及省内异地就医大病保险段资金通知书及明细，提交大病保险承办机构。大病保险承办机构于清算通知书下达之日起5个工作日内，将清算资金划拨至基本医保财政专户。市医保部门收到费用明细清分单后5个工作日内向同级财政部门提交清算单和用款申请计划，财政部门审核无误后5个工作日内，将城乡居民异地就医基本医保段报销资金、大病保险段报销资金、医疗救助报销资金以及职

工医保基本医疗保险、公务员医疗补助、职工大额医疗费用补助、医疗救助等各项异地应付费用统一上解至省财政专户，将异地应收费用划拨至市医保部门基金支出户。市医保部门收款后及时划拨市级经办机构，市级经办机构在5个工作日内将应收异地费用拨付定点医药机构。

第三十七条 原则上，市、县（市、区）医保经办机构当月异地就医直接结算费用应于次月16日前完成申报并纳入清算，清算延期最长不超过2个月。当年异地就医直接结算费用，最晚应于次年第一季度清算完毕。

第三十八条 就医地需返还参保地资金列入当期就医地异地就医费用付款通知书中，并在对应参保地名称旁加注“*”。参保地应收就医地返还资金列入当期参保地异地就医费用收款通知书中，并在对应就医地名称旁加注“*”。

第八章 预付金管理

第三十九条 市医保部门应按要求落实异地就医预付金制度。异地就医预付金分跨省异地就医预付金和省内异地就医预付金，由省级经办机构根据各统筹区上年第四季度医保结算资金月平均值的4倍和2倍核定。其中，跨省异地就医预付金按照国家医保局核定的2倍预付金支付就医省后，剩余的额度预留在省财政专户作为跨省异地就医周转金；省内异地就医预付金直接作为省级周转金使用，不再预付给就医地。

第四十条 每年2月底前，通过甘肃省医疗保障信息平台异地就医管理子系统下载《平凉市异地就医预付金付款通知书》或《平凉市异地就医预付金额度调整付款通知书》，于5个工作日内提交市财政部门，财政部门审核无误后于5个工作日内进行划款，注明业务类型（预付金），同时，将拨款信息反馈市医保部门，市医保部门登录甘肃省医疗保障信息平台异地就医管理子系统完成收付款确认。

第四十一条 按照建立预付金预警和调增机制的要求，市级医保部门接到省级经办机构下发的预付金额度紧急调增通知书后，应于5个工作日内提交市财政部门，并在10个工作日内完成预付金紧急调增资金的划拨。

第九章 审核检查

第四十二条 异地就医医疗服务实行就医地管理。各县（市区）医保部门要将异地就医直接结算工作纳入定点医药机构协议管理范围，细化和完善协议条款，规范基金使用行为，保障参保人员权益。

第四十三条 医保经办机构应当对查实的违法违规行为按医保服务协议相关约定执行，涉及欺诈骗保等重大违法违规行为应按程序报请医保行政部门处理，并逐级上报省级医保经办机构。

第四十四条 医保经办机构对定点医药机构违规行为涉及

的医药费用不予支付，已支付的违规费用予以扣除，用于冲减参保地异地就医直接结算费用。对定点医药机构违反医保服务协议约定并处以违约金的，由就医地经办机构按规定处理。

第四十五条 医保经办机构应加强异地就医费用审核，建立异地就医直接结算运行监控制度，健全医保基金运行风险评估预警机制，对异地就医次均费用水平、医疗费用涨幅、报销比例等重点指标进行跟踪监测，定期编报异地就医直接结算运行分析报告。

第十章 业务协同

第四十六条 市级医保部门和经办机构可依托国家跨省异地就医管理子系统业务协同管理模块等渠道发起问题协同，并按要求做好问题响应和处理。

第四十七条 参保地医保部门对一次性异地住院医疗总费用超过3万元(含3万元)的疑似违规费用，可以通过国家跨省异地就医管理子系统提出费用协查申请。申请费用协查时，需提交待协查参保人员身份证号码、姓名、性别、医疗服务机构名称、住院号、发票号码、入院日期、出院日期、费用总额等必要信息，以确保待协查信息准确。

就医地医保部门于次月26日前完成本期费用协查工作，并及时上传费用协查结果至国家跨省异地就医管理子系统。遇有特殊情况确需延期办理的，自动记录至下一期，并记入本期

完成情况统计监测。协查结果分为“核查无误”和“核查有误”两类，如协查信息与实际信息不符，需填写“核查有误”的具体原因方能上传结果。

参保地医保部门收到就医地医保部门返回的协查结果后，5个工作日内在国家跨省异地就医管理子系统上进行确认。对协查结果存在异议的，应及时与就医地医保部门进行沟通处理。

第四十八条 市县医保部门可根据异地就医结算业务协同问题的紧急程度，通过国家跨省异地就医管理子系统提出问题协同申请，需明确待协同机构、主要协同事项、问题类型等，针对特定参保人员的问题协同需标明参保人员身份信息，其中备案类问题需在2个工作日内回复，系统故障类问题需在1个工作日内回复，其他类问题回复时间最长不超过10个工作日。市、县（市区）医保部门在接收协同申请后即作为第一响应人，需在规定时限内完成问题处理，如不能按期完成需及时与申请地沟通延长处理时限。超过10个工作日未确认的，国家跨省异地就医管理子系统默认结果确认。对问题处理结果有异议的或尚未解决的，可重新发起问题协同，申请上一级医保部门进行协调处理。

第四十九条 市医保部门应通过国家跨省异地就医管理子系统发布停机公告、医保政策等信息，实现医保经办信息共享。

第五十条 探究异地就医手工报销线上办理，参保人员因故无法直接结算回参保地手工报销的，参保地经办机构可依托异地联网定点医药机构上传至国家医疗保障信息平台、甘肃省

医疗保障信息平台异地就医管理子系统的医疗费用明细、诊断等就诊信息实现线上报销。

第十一章 附 则

第五十一条 异地就医医疗费用结算和清算过程中形成的预付款项和暂收款项按相关会计制度规定进行核算。

第五十二条 异地就医业务档案由参保地医保部门和就医地医保部门按其办理的业务分别保管。

第五十三条 其他异地就医文件规定与本规程不一致的，按照本规程执行。

第五十四条 本规程由平凉市医疗保障局负责解释。

第五十五条 本规程自2023年4月6日起实施。

附件1

备案编号:

平凉市异地就医登记备案表

姓 名		性 别		险 种	1. 职工医保 2. 居民医保
人员类别	1. 异地安置退休人员 2. 异地长期居住人员 3. 常驻异地工作人员 4. 异地转诊人员 5. 其他跨省/市临时外出 就医人员		登记类别	1. 新增 2. 变更	
社会保障号码			社会保障卡卡号 (可选)		
参保地 家庭住址			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)		
<p>温馨提示</p> <p>1. 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。</p> <p>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的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跨省联网定点医药机构就诊。</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>					
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:

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	
身份证件号码		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 <input type="checkbox"/> 异地转诊就医人员 <input type="checkbox"/> 其他临时外出就医人员				
<p>参保地异地就医备案告知书：办理异地安置、长期居住、长驻异地工作人员备案手续的，在6个月内不允许终止和变更就医地。参保人员以承诺方式办理异地长期居住备案的，6个月内确需回参保地就医的，在办理出院手续前无法补齐相关备案材料的，按参保地相关待遇政策直接结算。（异地转诊和临时备案有效期为6个月）。</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）： 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3

平凉市医疗保险转诊医疗机构名单

1. 甘肃省医学院附属医院
2. 平凉市第二人民医院
3. 庄浪县人民医院
4. 庄浪县中医院
5. 静宁县人民医院
6. 静宁县中医院
7. 泾川县人民医院
8. 泾川县中医院
9. 灵台县人民医院
10. 灵台县中医院
11. 崇信县人民医院
12. 崇信县中医院
13. 华亭市第一人民医院
14. 华亭市第二人民医院

附件4

平凉市参保人员医疗保险转外就医申请表

患者姓名		性别		人员类别		住院号	
所在单位				身份证号码			
转出医院				拟转入医院			
患者（代理人）签名			联系电话			日期	
疾病诊断							
诊疗情况							
转院理由							
科主任意见	盖章（签名）						
转出医院医保科（处）意见	盖章（签名）						
分管院领导意见	盖章（签名）						

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</p> <p>（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; margin-right: 50px;">承诺人（签名）： 日期： 年 月 日</p>			

附件6

住院期间外院检查治疗或定点药店购药单

姓名_____ 性别_____ 年龄_____ 科别_____

证件类型_____ 证件号码_____

诊断_____

外检定点医院或外购定点药店名称: _____

外检项目或外购药品: _____

外检或外购药原因: _____

医师签字:

定点医疗机构医疗保险办公室盖章

日期: 年 月 日

医疗保险异地就医线上业务 办理流程

一、线上备案渠道

(一) 微信公众号：搜索“甘肃省医疗保障局”→医保服务→我的→个人中心→授权登录→激活电子凭证→服务→业务办理→阅读告知书→填写备案信息→上传备案资料→提交。

(二) 国家医保服务平台APP→注册→异地就医备案申请→选择为自己备案或为他人备案→选择参保险种城镇职工→选择参保地甘肃省省本级→就医地→备案类型→开始备案→阅读告知书→填写信息、上传材料→提交备案。

(三) 甘肃医保公共服务网上服务大厅（网址 <https://ybdzpz.ylbz.gansu.gov.cn>）→注册→个人登录→我要办→异地就医备案→阅读异地就医备案个人告知书→填写备案信息→上传备案资料→提交。

二、生育医疗费用、产前检查补助费用线上办理流程

(一) 产前检查补助费用：甘肃医保公共服务网上服务大厅，（网址 <https://ybdzpz.ylbz.gansu.gov.cn>）→个人登录→我要办→生育医疗费用报销登记→“开始日期”—“结束日期”为孕期时间，“医疗费用总额”为1000元→提交→查询→报表打印。

(二) 异地生育住院费用：甘肃医保公共服务网上服务大厅，（网址 <https://ybdzpz.ylbz.gansu.gov.cn>）→个人登录→我要办→生育医疗费用报销登记→“开始日期”—“结束日期”为住院时间，“医疗费用总额”为住院实际金额→提交→查询→报表打印。