

附件 2

西藏自治区医疗保障经办政务服务事项清单
参考样表

基本医疗保险单位参保信息登记表

<input type="checkbox"/> 新参保登记 <input type="checkbox"/> 暂停登记 <input type="checkbox"/> 注销登记 <input type="checkbox"/> 拆分合并分立					
单位名称					
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	
		身份证号码			
开户银行				开户名称	
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	<input type="checkbox"/> 城镇职工基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 生育保险 <input type="checkbox"/> 公务员医疗补助 <input type="checkbox"/> 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			
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			
参保单位 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。 <div style="text-align: right;"> 单位（盖章） 年 月 日 </div>			
经办机构 意 见		经审核，同意申报单位办理以下社会保险登记： <input type="checkbox"/> 公务员医疗补助 <input type="checkbox"/> 城镇职工基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 生育保险 <input type="checkbox"/> 其他（_____） <div style="text-align: right;"> 经办人签字： 经办机构（盖章） 年 月 日 </div>			

职工基本医疗保险参保登记表

单位名称（盖章）：		单位编码：		险种：						手机号码	备注	
				□灵活就业人员								
序号	姓名	身份证 证件类型	身份证 号码	申报工资 (元/月)	变更类型							
					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												

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

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)	街道(乡镇)		村(社区)	
通讯地址					
申请人身份	<input type="checkbox"/> 中小儿童 <input type="checkbox"/> 大学生 <input type="checkbox"/> 无业成年人等				
参保资助对象	<input type="checkbox"/> 特困人员 <input type="checkbox"/> 孤儿(含事实无人抚养儿童) <input type="checkbox"/> 一二级重度残疾人 <input type="checkbox"/> 低保对象 <input type="checkbox"/> 返贫致贫人口 <input type="checkbox"/> 纳入防止返贫致贫监测范围的易返贫致贫人口(含脱贫不稳定户、边缘易致贫户、因病突发严重困难户) <input type="checkbox"/> 低保边缘对象 <input type="checkbox"/> 经工会部门认定的困难职工 <input type="checkbox"/> 获奖寺庙僧尼 <input type="checkbox"/> 边境一线居民 <input type="checkbox"/> 6065人员 <input type="checkbox"/> 其他				
申请人或监护人	<p style="text-align: center;">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 style="text-align: center;">(签字) _____ 年 月 日</p>				
收件审核	<p style="text-align: center;">经审核，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>				

基本医疗保险参保单位信息变更登记表

单位编码：			
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	户名		户名
	账号		账号
	开户行		开户行
其他			
备注			
办理单位审核意见：		受理机构审核意见：	
办理人： （盖章） 年 月 日		受理人： （盖章） 年 月 日	

注：此表内容中不须变更的内容，不必填写。

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							
单位经办人 或本人 (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. 涉及关键信息的变更, 如姓名、身份证号码、参工时间, 与原参保信息出入较大的, 须提供相关佐证材料。

职工基本医疗保险个人账户一次性支取申请表

年 月 日

参保人基本情况			
姓名		身份证号码	
支取原因	<input type="checkbox"/> 辞职 <input type="checkbox"/> 调动 <input type="checkbox"/> 主动放弃医保 <input type="checkbox"/> 门诊检查 <input type="checkbox"/> 药店购药 <input type="checkbox"/> 体检 <input type="checkbox"/> 预防接种疫苗（免疫规划、公共卫生服务除外） <input type="checkbox"/> 购买商业健康和意外伤害保险（经保险监管部门审批或备案的产品，投资理财及保险期内返还条款除外） <input type="checkbox"/> 移居国外 <input type="checkbox"/> 其他		
联系电话		工作单位	
银行账号（I类卡）			
开户行名称			
联行行号			
死亡人员及其他特殊情形（开除公职）人员参保单位基本情况			
姓名		身份证号码	
联系电话 （专管员）		工作单位（盖章）	
单位银行账号（基户）			
单位开户行名称			
单位账户全称			
联行行号			
参保人员死亡（开除公职）的，有关款项汇入所填报单位指定银行账户，分配事宜自行解决，由此产生的法律纠纷由参保单位自行负责。			
签字（单位专管员）： _____ 年 月 日			
被委托人基本情况（如无被委托人，无需填写）			
姓名		身份证号码	
联系电话		备注	

基本医疗保险关系转移接续申请表

编号：(西藏自治区)(区本级)(20XX年)(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 <input type="checkbox"/> 居民 <input type="checkbox"/> 农业 <input type="checkbox"/> 非农业 <input type="checkbox"/> 台港澳 <input type="checkbox"/> 外籍					
				联系地址		
				现参加的基本医疗保险类型 <input type="checkbox"/> 职工医保 <input type="checkbox"/> 城乡居民医保 <input type="checkbox"/> 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

基本医疗保险关系转移接续联系函

(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: (西藏自治区)(区本级)(20XX)(第 XXXX 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		
	<input type="checkbox"/> 居民		
	<input type="checkbox"/> 农业 <input type="checkbox"/> 非农业		
<input type="checkbox"/> 台港澳 <input type="checkbox"/> 外籍			
是否需要转移个人账户	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
现参加的基本医疗保险类型			
<input type="checkbox"/> 职工医保 <input type="checkbox"/> 城乡居民医保 <input type="checkbox"/> 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: _____ 转入地医疗保障经办机构名称 (章): _____

联系电话: _____ 日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

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	参保时间	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
	自 年 月至 年 月					
1	1 2018年3月至2020年 6月	2 职工基本医疗保险	3 28	4 西藏自治区医疗保障局 医疗保障服务中心	5 549900	6
2						
3						
...						
基本医疗保险个人账户实际转出资金			小写	¥	大写	

经办人（签章）：

联系电话：

医疗保障经办机构（章）：

日期： 年 月 日

基本医疗保险参保凭证

凭证号：(西藏自治区)(区本级)(20XX年)(第XXXX号)

生成日期： 年 月 日

基本个人信息			
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	城镇职工基本医疗保险	转出地	西藏自治区区本级医疗经办机构
	起： 年 月	其中：累计实际缴费月数	月
参保时间	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	西藏自治区 XXXXXX 中心 (盖章)		
地址	西藏自治区 XXXXXXXX		
行政区划代码	549900	邮政编码	850001
联系人	XXXX	联系电话	0891-XXXXXXX

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，请妥善保管；
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。

备案编号：

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：		登记类别	<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 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。					
<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：

门诊慢特病种待遇认定申请表

认定机构名称（盖章）：

年 月 日

姓名		性别		年龄		<input type="checkbox"/> 职工医保 <input type="checkbox"/> 城乡居民医保	
身份证号码							
选择定点医院							
申报病种名称							
申报病种情况 （符合诊断标准项目）	医师签名： 年 月 日						
审批意见							
备注							

险种： 职工（含公补） 居民

支付参保人员（单位）基本医疗保险待遇信息表

参保单位（名称）：

参保人基本信息	
姓名	身份证号
银行账户信息	
账户名	账号
	开户行名称
	联行行号
银行账户持有人与参保人关系	银行账户持有人身份证号码
本人 <input type="checkbox"/> 单位 <input type="checkbox"/>	联系电话(手机号码)

1. 本表银行账户信息由参保人员本人、参保单位专管员提供，对其真实性、准确性、合法性负责，由于信息有误造成经济损失或经济纠纷，一切责任由信息提供者承担；2. 银行账户必须具备“银联”功能，建议开通信息提示功能；3. 本表银行账户信息系个人隐私，各级经办人员严格依法依规保密，不得泄露；4. 参保人员医疗待遇原则上支付到本人银行账户，支付到非参保人本人银行账户的需填写《个人承诺书》；5. 申请报销医疗费用期间银行账户发生变化，及时重新填报本表，否则后果自负。

提供日期： 年 月 日

申请人签字（指印）：

西藏自治区城镇职工生育保险待遇申请表

职工姓名		身份证		单位名称	
配偶姓名		身份证		单位名称	
参保职工本人签字					联系电话
单位经办人员签字					联系电话
单位人事部负责人签字					
单位开户户名、单位账号（必填）					
单位开户行、联行号（必填）					
单位意见	单位公章 年 月 日				

依申请救助人员医疗救助申请卡

申请人基本情况	姓名		性别		年龄		身份证号码	
	家庭住址				村(社区)		联系电话	
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，请相关部门按规定出具本人家庭经济状况核对报告，本人予以认可。 授权人：_____年 月 日							
民政部门核对意见	(附：《西藏自治区申请救助居民家庭经济状况核对报告》)							
经办机构审核意见								
备注								

申请人：

年 月 日

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

职工基本医疗保险个人账户家庭共享申请表

一、共享账户授权人基本信息					
姓名		身份证号码		手机号码	
二、个人账户被共享人基本信息					
姓名	身份证号码	申请变更事项 (增加/取消)	手机号码		
		<input type="checkbox"/> 增加 <input type="checkbox"/> 取消			
		<input type="checkbox"/> 增加 <input type="checkbox"/> 取消			
		<input type="checkbox"/> 增加 <input type="checkbox"/> 取消			
		<input type="checkbox"/> 增加 <input type="checkbox"/> 取消			
		<input type="checkbox"/> 增加 <input type="checkbox"/> 取消			
		<input type="checkbox"/> 增加 <input type="checkbox"/> 取消			
		<input type="checkbox"/> 增加 <input type="checkbox"/> 取消			
		<input type="checkbox"/> 增加 <input type="checkbox"/> 取消			
		<input type="checkbox"/> 增加 <input type="checkbox"/> 取消			
		<input type="checkbox"/> 增加 <input type="checkbox"/> 取消			

注：1. 职工基本医疗保险个人账户共享申请人如实填报共享账户创建人基本信息后，根据本人需办理业务在纳入共享账户近亲属信息、个人账户被共享人信息中分别填报相关内容。

2. 本表一式两份，申请人、医保经办机构各留存一份。

职工基本医疗保险个人账户家庭共享承诺书

本人为西藏自治区城镇职工基本医疗保险参保人员，按照《西藏自治区人民政府办公厅印发〈关于建立职工基本医疗保险门诊共济保障机制的实施办法〉的通知》（藏政办发〔2021〕36号）规定，现自愿申请在本人与本人近亲属之间建立“医保个人账户共享关系”并作如下承诺：

一、本人已知晓西藏自治区职工基本医疗保险个人账户家庭共享相关要求，自愿使用本人职工医保个人账户资金为本人近亲属支付符合医保政策规定的由个人负担的医药费用、缴纳城乡居民基本医疗保险费。

二、本人确认在“医保个人账户共享关系”中提供的近亲属信息真实、准确、完整、有效。因信息提供不实或填报错误等，以及被授权人违规使用医保个人账户，带来资金损失、违法违规等责任，由本人承担，同时承担因虚假承诺导致的其他责任。

承诺人（签名、指印）：

年 月 日

附：说明事项

一、职工基本医疗保险参保人员可与参加我区基本医疗保险的配偶、父母、子女等近亲属建立医保个人账户共享关系。家庭共享关系绑定是单向的，同一时限内只能被绑定1次，即授权人绑定家庭成员后，授权人不能被其建立家庭共享关系的家庭成员绑定，家庭成员也不能被其他参保人绑定。家庭成员（职工医保参保人员）被绑定后可作为授权人共享其医保个人账户。家庭共享关系解除后，原授权人及已解除家庭共享关系的家庭成员，可以被其他授权人绑定。

二、授权人不再参加职工基本医疗保险的，家庭共享关系自动解除。

三、职工基本医疗保险参保人员在绑定近亲属、解绑近亲属时，均需通过人脸验证确认是否属本人操作。【仅限网上办理】

四、家庭共享授权绑定成功后，即时生效。

五、若授权人的家庭成员为职工医保参保人员，刷卡（码）时默认优先使用职工本人医保个人账户，余额充裕时，可自行选择使用本人或授权人医保个人账户。当家庭成员没有医保个人账户、医保个人账户余额不足或者为零时，在存在绑定关系的前提下，可以消费授权人医保个人账户。当授权人医保个人账户余额不足3000元（含）时，不能使用授权人医保个人账户消费。

六、仅有职工医保个人账户可以家庭成员共享使用，建立家庭共享关系的家庭成员不能享受授权人的各类医保待遇。授权人不得使用与其建立家庭共享关系的家庭成员医保个人账户。