附件1：[\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医登记备案表](http://www.nhsa.gov.cn/module/download/downfile.jsp?classid=0&filename=2a712e4f045b4e5995acd164440c7181.docx)

附件2：[基本医疗保险跨省异地就医备案个人承诺书](http://www.nhsa.gov.cn/module/download/downfile.jsp?classid=0&filename=4dc7c0e955df405d87e8bca6a219a14c.docx)

附件3：[\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医预付金付款通知书](http://www.nhsa.gov.cn/module/download/downfile.jsp?classid=0&filename=884defd9b0964d92a39bbf32d32e7888.docx)

附件4：[\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医预付金收款通知书](http://www.nhsa.gov.cn/module/download/downfile.jsp?classid=0&filename=f17f7117e12744bc8c1aa21b80a3fff6.docx)

附件5：[全国跨省异地就医预付金额度调整明细表](http://www.nhsa.gov.cn/module/download/downfile.jsp?classid=0&filename=f9e9972d9c654e66b00e6e55478b61c2.docx)

附件6：[\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医预付金额度调整付款通知书](http://www.nhsa.gov.cn/module/download/downfile.jsp?classid=0&filename=2b54451bd30144feaf92d9c245cec2b9.docx)

附件7：[\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医预付金额度调整收款通知书](http://www.nhsa.gov.cn/module/download/downfile.jsp?classid=0&filename=e8ddd44a3b824d00ab28b902daf3d3cd.docx)

附件8：[\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医预付金额度紧急调增付款通知书](http://www.nhsa.gov.cn/module/download/downfile.jsp?classid=0&filename=ec73c74e91574a2294fabfc608549f57.docx)

附件9：[\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医预付金额度紧急调增收款通知书](http://www.nhsa.gov.cn/module/download/downfile.jsp?classid=0&filename=20a12dfce5964e019ecaf21f0eae03fb.docx)

附件10：[跨省异地就医省级财政收款专户银行账号明细表](http://www.nhsa.gov.cn/module/download/downfile.jsp?classid=0&filename=19503c6cda954feab6986545199c9079.docx)

附件11：[外伤无第三方责任承诺书](http://www.nhsa.gov.cn/module/download/downfile.jsp?classid=0&filename=4ffeee12e37c4f0c938361062f947fda.docx)

附件12：[住院期间外院检查治疗或定点药店购药单](http://www.nhsa.gov.cn/module/download/downfile.jsp?classid=0&filename=75b99e768630484db6ad4bb0304fd04e.docx)

附件13：[\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医住院结算单](http://www.nhsa.gov.cn/module/download/downfile.jsp?classid=0&filename=e8112c208198407280cf87892f765e26.docx)

附件14：[全国跨省异地就医费用清算表](http://www.nhsa.gov.cn/module/download/downfile.jsp?classid=0&filename=1c7f28932bce4fd9bb58833667406d0e.docx)

[\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医应付医疗费用清算表](http://www.nhsa.gov.cn/module/download/downfile.jsp?classid=0&filename=a81b04440fc445829dd9103dd9bafc49.docx)

[\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医职工医保基金应付明细表](http://www.nhsa.gov.cn/module/download/downfile.jsp?classid=0&filename=b945fd2495694f66b03a4b9dd51b0025.docx)

[\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医居民医保基金应付明细表](http://www.nhsa.gov.cn/module/download/downfile.jsp?classid=0&filename=a232df600a6e4dd198f4d9c21130fc90.docx)

[\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医医保基金审核扣款明细表](http://www.nhsa.gov.cn/module/download/downfile.jsp?classid=0&filename=54776dfc3c4b42718acab2349045a75d.docx)

[\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医职工医保基金审核扣款明细表](http://www.nhsa.gov.cn/module/download/downfile.jsp?classid=0&filename=a934b7f2b6bd45cf830affda04b3f7df.docx)

[\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医居民医保基金审核扣款明细表](http://www.nhsa.gov.cn/module/download/downfile.jsp?classid=0&filename=ac883c935ec149b7ae57efd37475dcda.docx)

[\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医应收医疗费用清算表](http://www.nhsa.gov.cn/module/download/downfile.jsp?classid=0&filename=dcc242bb6e824f34849f0b3917bebb14.docx)

附件15：[\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医费用付款通知书](http://www.nhsa.gov.cn/module/download/downfile.jsp?classid=0&filename=6e80d125f1904dfbbe0e07a17455245a.docx)

附件16：[\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医费用收款通知书](http://www.nhsa.gov.cn/module/download/downfile.jsp?classid=0&filename=68b747889e85465d801ba0054a13ca99.docx)

附件17：[跨省异地就医备案、预付金、结算、清算流程图](http://www.nhsa.gov.cn/module/download/downfile.jsp?classid=0&filename=ee0c6a42826f4feaab3a00fa3a4ad723.docx)

附件1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 备案编号： | | | | | | | | |
|  | \_\_\_\_\_省（区、市）跨省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   1. 其他跨省临时外出就医人员 | | 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) | |  | | |
| **温馨提示**   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。 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。 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。 4. 异地急诊抢救人员视同已备案。 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。 | | | | | | | | |
| 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: | | | | | | | | |

附件2

基本医疗保险跨省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 | 异地安置退休人员  异地长期居住人员  跨省异地长期居住人员 常驻异地工作人员  跨省临时外出就医人员 异地转诊就医人员  其他跨省临时外出就医人员 | | | | | |
| 参保地跨省异地就医备案告知书  （由参保地经办机构填写） | | | | | | |
| **承诺事项：**  本人申请办理跨省异地就医备案业务，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。  承诺人（签名、指印）：    年 月 日 | | | | | | |
| 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

\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医预付金付款通知书

（经办机构全称）：

请你单位将XXXX年跨省异地就医预付金于签章之日起15个工作日内拨付给就医地。付款明细清单如下：

跨省异地就医预付金付款汇总表

预付金年度：XXXX年

付款方：XX省 单位：万元

|  |  |
| --- | --- |
| 地 区 | 金 额 |
| 北 京 |  |
| 天 津 |  |
| 河 北 |  |
| 山 西 |  |
| 内蒙古 |  |
| 辽 宁 |  |
| 吉 林 |  |
| 黑龙江 |  |
| 上 海 |  |
| …… |  |
| 合 计 |  |

（落款：由出具单据的部门落款并加盖公章）

签章日期：XXXX年XX月XX日

附件4

\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医预付金收款通知书

（经办机构全称）：

你单位XXXX年跨省异地就医预付金收款明细清单如下：

跨省异地就医预付金收款汇总表

预付金年度：XXXX年

收款方：XX省 单位：万元

|  |  |
| --- | --- |
| 地 区 | 金 额 |
| 北 京 |  |
| 天 津 |  |
| 河 北 |  |
| 山 西 |  |
| 内蒙古 |  |
| 辽 宁 |  |
| 吉 林 |  |
| 黑龙江 |  |
| 上 海 |  |
| …… |  |
| 合 计 |  |

（落款：由出具单据的部门落款并加盖公章）

签章日期：XXXX年XX月XX日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 全国跨省异地就医预付金额度调整明细表 | | | | | | | | | | | | |
| 制表单位：（国家级经办机构签章） | |  |  |  | 年度： | XXXX年 | |  |  |  | 单位：万元 | |
| 地 区 | | 付 款 省 | | | | | | | | | | |
| 北 京 | 天 津 | 河 北 | 山 西 | 内蒙古 | 辽 宁 | 吉 林 | 黑龙江 | 上 海 | …… | 合计 |
| 收 款 省 | 北 京 | —— |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 天 津 |  | —— |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 河 北 |  |  | —— |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 山 西 |  |  |  | —— |  |  |  |  |  |  |  |
| 内蒙古 |  |  |  |  | —— |  |  |  |  |  |  |
| 辽 宁 |  |  |  |  |  | —— |  |  |  |  |  |
| 吉 林 |  |  |  |  |  |  | —— |  |  |  |  |
| 黑龙江 |  |  |  |  |  |  |  | —— |  |  |  |
| 上 海 |  |  |  |  |  |  |  |  | —— |  |  |
| …… |  |  |  |  |  |  |  |  |  | —— |  |
| 合 计 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | —— |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 单位负责人： 审核人： 制表人： 制表日期： | | | | | | | | | | | | |

附件6

\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医预付金

额度调整付款通知书

（经办机构全称）：

请你单位将XXXX年跨省异地就医预付金于XXXX年2月底前拨付。付款明细清单如下：

跨省异地就医预付金付款汇总表

预付金年度：XXXX年

付款方：XX省 单位：万元

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 地 区 | 上年额度 | 本年核定额度 | 实际划款额度 |
| 北 京 |  |  |  |
| 天 津 |  |  |  |
| 河 北 |  |  |  |
| 山 西 |  |  |  |
| 内蒙古 |  |  |  |
| 辽 宁 |  |  |  |
| 吉 林 |  |  |  |
| 黑龙江 |  |  |  |
| 上 海 |  |  |  |
| …… |  |  |  |
| 合 计 |  |  |  |

注：上年额度指国家医保局核定的上年度预付金额（含紧急调整额度）

（落款：由出具单据的部门落款并加盖公章）

签章日期：XXXX年XX月XX日

附件7

\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医预付金

额度调整收款通知书

（经办机构全称）：

你单位XXXX年跨省异地就医预付金收款明细清单如下：

跨省异地就医预付金收款汇总表

预付金年度：XXXX年

收款方：XX省 单位：万元

|  |  |
| --- | --- |
| 地 区 | 金 额 |
| 北 京 |  |
| 天 津 |  |
| 河 北 |  |
| 山 西 |  |
| 内蒙古 |  |
| 辽 宁 |  |
| 吉 林 |  |
| 黑龙江 |  |
| 上 海 |  |
| …… |  |
| 合 计 |  |

（落款：由出具单据的部门落款并加盖公章）

签章日期：XXXX年XX月XX日

附件8

\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医预付金额度

紧急调增付款通知书

（经办机构全称）：

根据XX省的紧急调增申请，按照《国家医保局 财政部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》（医保发〔2022〕22号）文件规定，请你单位于XXXX年XX月XX日前，补充拨付预付金XXXX万元。

（落款：由出具单据的部门落款并加盖公章）

签章日期：XXXX年XX月XX日

附件9

\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医预付金

额度紧急调增收款通知书

（经办机构全称）：

根据你单位紧急调增申请，按照《国家医保局 财政部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》（医保发〔2022〕22号）文件规定，请你单位对XX省补充拨付预付金XXXX万元查收确认。

（落款：由出具单据的部门落款并加盖公章）

签章日期：XXXX年XX月XX日

附件10

跨省异地就医省级财政收款专户银行账号明细表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 地 区 | 开户名 | 银行账号 | 开户银行名称 | 开户银行行号 | 变更生效日期 |
| 北 京 |  |  |  |  |  |
| 天 津 |  |  |  |  |  |
| 河 北 |  |  |  |  |  |
| 山 西 |  |  |  |  |  |
| 内蒙古 |  |  |  |  |  |
| 辽 宁 |  |  |  |  |  |
| 吉 林 |  |  |  |  |  |
| 黑龙江 |  |  |  |  |  |
| 上 海 |  |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  |  |

附件11

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 | | |
| 承诺内容：  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：  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。  温馨提示：  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。  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。  承诺人（签名）：  日期： 年 月 日 | | | |

附件12

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：XXXX年XX月XX日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件13 | | |  | | | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | | |  | |
| \_\_\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医住院结算单 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 单位： 元（保留两位小数） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 患者姓名 |  | | 性别 | | | |  | | 年龄 | |  | | | 社会保障  号码 | | |  | | 社会保障卡卡号（可选） | | |  | |
| 参保地 |  | | | | | | | | 险种类型 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 就医地 |  | | | | | | | | 医院名称 | |  | | | | | | | | 医院等级 | | |  | |
| 入院方式 |  | | | | | | | | 住院号 | |  | | | | | | | | 出院科室 | | |  | |
| 主要诊断 |  | | | | | | | | 次要诊断 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 入院日期 |  | | | | | | | | 出院日期 | |  | | | | | | | | 住院天数 | | |  | |
| 总费用 |  | | 统筹基金支付范围内费用 | | | |  | | 乙类先行自付费用 | |  | | | 超限价自付 费用 | | |  | | 自费费用 | | |  | |
| 基金支付合计金额 | | | | | | |  | | | | | | | 个人现金支付金额 | | | | |  | | | | |
| #参保地基金1 | | | | | | |  | | | | | | | 本次起付标准 | | | | |  | | | | |
| #参保地基金2 | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| #参保地基金3 | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| #参保地基金4 | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| …… | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 注：1.参保地基金按照参保地返回的基金款项名称打印  2.总费用=统筹基金支付范围内费用+乙类先行自付费用+超限价自付费用+自费费用  3.总费用=基金支付合计金额+个人现金支付金额 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 附件14 | | |  | | |  |  | |  | |  | |  |  | |  |  | |  | |  |  | |
| 全国跨省异地就医费用清算表 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 制表单位：（国家级经办机构签章） | | | | | |  |  | | 清算所属月份：XXXX年XX月 | | | | | | |  |  | | 单位：元（保留两位小数） | | | | |
| 地 区 | | | | | 付 款 省 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 北 京 | | 天 津 | | 河 北 | | 山 西 | | 内蒙古 | 辽 宁 | | 吉 林 | 黑龙江 | | 上 海 | | …… | 合计 | |
| 收 款 省 | | | 北 京 | | —— | |  | |  | |  | |  |  | |  |  | |  | |  |  | |
| 天 津 | |  | | —— | |  | |  | |  |  | |  |  | |  | |  |  | |
| 河 北 | |  | |  | | —— | |  | |  |  | |  |  | |  | |  |  | |
| 山 西 | |  | |  | |  | | —— | |  |  | |  |  | |  | |  |  | |
| 内蒙古 | |  | |  | |  | |  | | —— |  | |  |  | |  | |  |  | |
| 辽 宁 | |  | |  | |  | |  | |  | —— | |  |  | |  | |  |  | |
| 吉 林 | |  | |  | |  | |  | |  |  | | —— |  | |  | |  |  | |
| 黑龙江 | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | —— | |  | |  |  | |
| 上 海 | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  |  | | —— | |  |  | |
| …… | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  |  | |  | | —— |  | |
| 合 计 | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  |  | |  | |  | —— | |
| 单位负责人： 审核人： 制表人： 制表日期： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件14-1 | |  | | |  | | |  | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医应付医疗费用清算表 | | | | | | | | | | | | | | |
| 制表单位：（经办机构签章） | | | | | 清算所属月份：XXXX年XX月 | | | 单位：元（保留两位小数） | | | | | | | |
| 地 区 | | 合计 | | | 职工医保 | | | 居民医保 | | | | | | | |
| 北 京 | |  | | |  | | |  | | | | | | | |
| 天 津 | |  | | |  | | |  | | | | | | | |
| 河 北 | |  | | |  | | |  | | | | | | | |
| 山 西 | |  | | |  | | |  | | | | | | | |
| 内蒙古 | |  | | |  | | |  | | | | | | | |
| 辽 宁 | |  | | |  | | |  | | | | | | | |
| 吉 林 | |  | | |  | | |  | | | | | | | |
| 黑龙江 | |  | | |  | | |  | | | | | | | |
| 上 海 | |  | | |  | | |  | | | | | | | |
| …… | |  | | |  | | |  | | | | | | | |
| 合 计 | |  | | |  | | |  | | | | | | | |
| 单位负责人： 审核人： 制表人： 制表日期： | | | | | | | | | | | | | | |
| 附件14-2 | |  | |  |  | |  |  | |  |  |  | |  | | | |
| \_\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医职工医保基金应付明细表 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 制表单位：（经办机构签章） | |  | |  | 清算月份：XXXX年XX月 | | | | |  | 单位：元（保留两位小数） | | | | | | |
| 项目 地区 | | 基本医疗保险 | | | 职工大额医疗费用补助 | | 补充医疗保险 | 公务员医疗补助 | | 伤残人员医疗保障 | 医疗救助 | | 其 他 | | 合 计 | | | |
| 统筹基金 | | 个人账户 |
| 北 京 | |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  | |  | | | |
| 天 津 | |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  | |  | | | |
| 河 北 | |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  | |  | | | |
| 山 西 | |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  | |  | | | |
| 内蒙古 | |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  | |  | | | |
| 辽 宁 | |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  | |  | | | |
| 吉 林 | |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  | |  | | | |
| …… | |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  | |  | | | |
| 合 计 | |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  | |  | | | |
| 注：1.统筹基金归集属于基本医疗保险统筹基金支付的医疗费用  2.个人账户基金归集基本医疗保险个人账户支付的医疗费用  3.职工大额医疗费用补助基金归集参加职工基本医疗保险后，二次投保用于支付超过基本医疗保险基金最高支付限额以上医疗费用  4.补充医疗保险基金归集由经办机构管理的其他补充医疗保险基金支付的医疗费用  5.公务员医疗补助基金归集实施公务员医疗补助办法支付的医疗费用  6.伤残人员医疗保障基金归集二等乙级以上革命伤残军人医疗费用  7.医疗救助归集按规定支付给低保对象、特困人员等符合条件救助对象的医疗费用  8.其他归集非以上项目医疗费用 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件14-3 |  |  |  |  |  | |  |
| \_\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医居民医保基金应付明细表 | | | | | | | |
| 制表单位：（经办机构签章） |  |  | 清算所属月份：XXXX年XX月 | | | 单位：元（保留两位小数） | |
| 项目  地区 | 基本医疗保险 | | 城乡居民大病保险 | 医疗救助 | 其 他 | | 合 计 |
|
| 北 京 |  | |  |  |  | |  |
| 天 津 |  | |  |  |  | |  |
| 河 北 |  | |  |  |  | |  |
| 山 西 |  | |  |  |  | |  |
| 内蒙古 |  | |  |  |  | |  |
| 辽 宁 |  | |  |  |  | |  |
| 吉 林 |  | |  |  |  | |  |
| …… |  | |  |  |  | |  |
| 合 计 |  | |  |  |  | |  |

注：1.基本医疗保险基金归集属于基本医疗保险统筹基金支付的医疗费用

2.城乡居民大病保险基金归集属于城乡居民大病保险基金支付的医疗费用

3.医疗救助归集按规定支付给低保对象、特困人员等符合条件救助对象的医疗费用

4.其他归集非以上项目医疗费用

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 附件14-4 |  |  |  |
| \_\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医医保基金审核扣款明细表 | | | |
| 制表单位：（经办机构签章） |  | 清算所属月份：XXXX年XX月 | 单位：元（保留两位小数） |
| 地 区 | 合 计 | 职工医保 | 居民医保 |
| 北 京 |  |  |  |
| 天 津 |  |  |  |
| 河 北 |  |  |  |
| 山 西 |  |  |  |
| 内蒙古 |  |  |  |
| 辽 宁 |  |  |  |
| 吉 林 |  |  |  |
| …… |  |  |  |
| 合 计 |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 单位负责人： 审核人： 制表人： 制表日期： | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件14-5 | | |  |  | | |  |  | | |  | | |  |  | |  | |  |
| \_\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医职工医保基金审核扣款明细表 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 制表单位：（经办机构签章） | | | 清算月份：XXXX年XX月 | | | | | | | | | | |  | 单位：元（保留两位小数） | | | | |
| 项目 地区 | | | 基本医疗保险基金 | | | | 职工大额医疗费用补助 | 补充医疗保险 | | | 公务员医疗补助 | | | 伤残人员医疗保障 | 医疗救助 | | 其 他 | | 合 计 |
| 统筹基金 | 个人账户 | | |
| 北 京 | | |  |  | | |  |  | | |  | | |  |  | |  | |  |
| 天 津 | | |  |  | | |  |  | | |  | | |  |  | |  | |  |
| 河 北 | | |  |  | | |  |  | | |  | | |  |  | |  | |  |
| 山 西 | | |  |  | | |  |  | | |  | | |  |  | |  | |  |
| 内蒙古 | | |  |  | | |  |  | | |  | | |  |  | |  | |  |
| 辽 宁 | | |  |  | | |  |  | | |  | | |  |  | |  | |  |
| 吉 林 | | |  |  | | |  |  | | |  | | |  |  | |  | |  |
| …… | | |  |  | | |  |  | | |  | | |  |  | |  | |  |
| 合 计 | | |  |  | | |  |  | | |  | | |  |  | |  | |  |
| 注：1.统筹基金归集属于基本医疗保险统筹基金支付的医疗费用  2.个人账户基金归集基本医疗保险个人账户支付的医疗费用  3.职工大额医疗费用补助基金归集参加职工基本医疗保险后，二次投保用于支付超过基本医疗保险基金最高支付限额以上医疗费用  4.补充医疗保险基金归集由经办机构管理的其他补充医疗保险基金支付的医疗费用  5.公务员医疗补助基金归集实施公务员医疗补助办法支付的医疗费用  6.伤残人员医疗保障基金归集二等乙级以上革命伤残军人医疗费用  7.医疗救助归集按规定支付给低保对象、特困人员等符合条件救助对象的医疗费用  8.其他归集非以上项目医疗费用 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 附件14-6 | | | |  | | | |  |  | | |  | | |  | |  | | |
| \_\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医居民医保基金审核扣款明细表 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 制表单位：（经办机构签章） | | | |  | | | |  |  | | | 单位：元（保留两位小数） | | | | | | | |
| 项目  地区 | | | | 基本医疗保险 | | | | | 城乡居民大病保险 | | | 医疗救助 | | | 其他 | | 合计 | | |
|
| 北 京 | | | |  | | | | |  | | |  | | |  | |  | | |
| 天 津 | | | |  | | | | |  | | |  | | |  | |  | | |
| 河 北 | | | |  | | | | |  | | |  | | |  | |  | | |
| 山 西 | | | |  | | | | |  | | |  | | |  | |  | | |
| 内蒙古 | | | |  | | | | |  | | |  | | |  | |  | | |
| 辽 宁 | | | |  | | | | |  | | |  | | |  | |  | | |
| 吉 林 | | | |  | | | | |  | | |  | | |  | |  | | |
| 黑龙江 | | | |  | | | | |  | | |  | | |  | |  | | |
| …… | | | |  | | | | |  | | |  | | |  | |  | | |
| 合 计 | | | |  | | | | |  | | |  | | |  | |  | | |
| 注：1.基本医疗保险基金归集属于基本医疗保险统筹基金支付的医疗费用  2.城乡居民大病保险基金归集属于城乡居民大病保险基金支付的医疗费用  3.医疗救助归集按规定支付给低保对象、特困人员等符合条件救助对象的医疗费用  4.其他归集非以上项目医疗费用 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 附件14-7 |  | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医应收医疗费用清算表 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 制表单位：（经办机构签章） |  | | | | 清算所属月份：XXXX年XX月 | | | | | | 单位：元（保留两位小数） | | | | | | | | | |
| 地 区 | 合计 | | | | 职工医保 | | | | | | 居民医保 | | | | | | | | | |
| 北 京 |  | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 天 津 |  | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 河 北 |  | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 山 西 |  | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 内蒙古 |  | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 辽 宁 |  | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 吉 林 |  | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 黑龙江 |  | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 上 海 |  | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | |
| …… |  | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 合 计 |  | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 单位负责人： 审核人： 制表人： 制表日期： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

附件15

\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医

费用付款通知书

（经办机构全称）：

请你单位将XXXX年XX月跨省异地就医费用\_\_\_\_\_\_\_\_\_元及时拨付给就医地。付款明细清单如下：

跨省异地就医费用付款汇总表

清算所属月份：XXXX年XX月

付款方：XX省 （区、市） 单位：元（保留两位小数）

|  |  |
| --- | --- |
| 地 区 | 金 额 |
| 北 京 |  |
| 天 津 |  |
| 河 北 |  |
| 山 西 |  |
| 内蒙古 |  |
| 辽 宁 |  |
| 吉 林 |  |
| 黑龙江 |  |
| 上 海 |  |
| …… |  |
| 合 计 |  |

明细见：附件14-1\_\_省（区、市）跨省异地就医应付医疗费用清算表；

附件14-2\_\_省（区、市）跨省异地就医职工医保基金应付明细表；

附件14-3\_\_省（区、市）跨省异地就医居民医保基金应付明细表；

附件14-4\_\_省（区、市）跨省异地就医医保基金审核扣款明细表；

附件14-5\_\_省（区、市）跨省异地就医职工医保基金审核扣款明细表；

附件14-6\_\_省（区、市）跨省异地就医居民医保基金审核扣款明细表。

签章日期：XXXX年XX月XX日

附件16

\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医

费用收款通知书

（经办机构全称）：

你单位XXXX年XX月跨省异地就医费用收款明细清单如下：

跨省异地就医费用收款汇总表

清算所属月份：XXXX年XX月

收款方：XX省（区、市） 单位：元（保留两位小数）

|  |  |
| --- | --- |
| 地 区 | 金 额 |
| 北 京 |  |
| 天 津 |  |
| 河 北 |  |
| 山 西 |  |
| 内蒙古 |  |
| 辽 宁 |  |
| 吉 林 |  |
| 黑龙江 |  |
| 上 海 |  |
| …… |  |
| 合 计 |  |

明细见：附件14-7\_\_省（区、市）跨省异地就医应收医疗费用清算表

签章日期：XXXX年XX月XX日

附件17







