

目 录

1.单位参保登记.................................................................................... 1

2.特殊人群标记.................................................................................... 7

3.职工参保登记.................................................................................... 9

4.灵活就业人员参保登记.................................................................. 16

5.城乡居民参保登记.......................................................................... 20

6.新生儿参保登记.............................................................................. 25

7.单位基本信息变更.......................................................................... 30

8.单位合并、分立或注销.................................................................. 37

9.职工基本信息变更.......................................................................... 47

10. 1 职工在职转退变更..................................................................... 53

10.2 职工停保变更............................................................................. 61

10.3 职工续保登记............................................................................. 69

11.职工统筹区内转移........................................................................ 76

12. 1 城乡居民基本信息变更............................................................. 83

12.2 城乡居民续保............................................................................. 88

12.3 城乡居民停保............................................................................. 92

12.4 居民死亡退保............................................................................. 96

13.参保单位参保信息查询.............................................................. 100

14.参保人员参保信息查询.............................................................. 105

15. 医保档案查询利用...................................................................... 109

16. 1 参保单位开具参保证明........................................................... 113

16.2 参保单位开具参保凭证........................................................... 117

17. 1 医疗保险关系转移................................................................... 121

17.2 医疗保险关系接续................................................................... 129

18.异地安置退休人员备案.............................................................. 137

19.异地长期居住人员备案.............................................................. 141

20. 常驻异地工作人员备案.............................................................. 145

21.异地转诊人员备案...................................................................... 149

22. 1 基本医疗保险参保人员享受门诊慢特病病种待遇认定...... 156

22.2 基本医疗保险参保人员享受门诊慢特病病种待遇备案...... 164

22.3 基本医疗保险参保人员享受门诊慢特病病种待遇变更...... 170

23. 1 基本医疗保险参保人员特治特药待遇认定.......................... 174

23.2 基本医疗保险参保人员特治特药待遇备案........................... 183

24. 门诊费用报销.............................................................................. 190

25.住院费用报销.............................................................................. 196

26.参保人员个人账户一次性支取..................................................202

27.跨省长期异地就医个人账户提取..............................................209

28.配偶无工作的男职工生育待遇核准..........................................214

29.异地生育 (女职工 ) 待遇核准..................................................218

30. 生育津贴领取.............................................................................. 222

31.女职工围产补贴领取.................................................................. 227

32.男职工护理补贴领取.................................................................. 233

33.男职工 (配偶无工作 ) 护理补贴领取......................................239

34. 医疗救助对象异地费用手工 (零星 ) 报销..............................244

35. 医疗机构申请定点协议管理...................................................... 250

36. 医疗机构服务协议续签.............................................................. 256

37.零售药店申请定点协议管理...................................................... 261

38.零售药店服务协议续签.............................................................. 267

39.定点机构医保费用月结算.......................................................... 272

40.定点机构医保费用年结算.......................................................... 275

41.单位缴费基数申报 (年度 ) ...................................................... 279

42. 1 职工缴费基数申报 (参保申报) ...........................................283

42.2 职工退保变更登记................................................................... 286

43.参保单位应缴基本医疗保险费核定..........................................293

44.在职转退休一次性补缴核定...................................................... 298

45.长期护理保险评估认定.............................................................. 303

46.长期护理保险参保人员长护费用手工 (零星 ) 报销............. 313

47.基本医疗保险参保人员本地待遇核准......................................322

48.基本医疗保险参保人员本地待遇支付......................................324

49. 生育待遇核准.............................................................................. 326

50.产前检查费支付.......................................................................... 330

51. 生育医疗费支付.......................................................................... 332

52.计划生育医疗费支付.................................................................. 334

53 .符合资助条件的救助对象参加城镇居民基本医疗保险个人缴

费补贴......................................................................................... 336

54.特殊人群身份标记...................................................................... 338

55. 医疗救助资金支付-本地.............................................................343

56.定点医药机构单位名称变更...................................................... 345

57.定点医药机构经营范围 (含级别、类别、经营范围、诊疗项目)

变更.............................................................................................. 351

58.定点医药机构法定代表人变更.................................................. 357

59.定点医药机构经营地址变更...................................................... 363

60.定点医药机构服务暂停.............................................................. 369

61.定点医药机构服务终止.............................................................. 375

62. 医保服务医师资格申请.............................................................. 381

63.定点机构目录信息维护.............................................................. 386

64.长期护理保险待遇支付.............................................................. 388

单位参保登记业务流程

(经办政务服务事项清单 G002036001001)

为明确单位新参保登记业务的服务对象、受理条件、办理材 料明细、办理流程、办件类型、办理时限及其他事项制定本流程。

1.服务对象

机关事业单位、社会团体、民办非企业、企业、个体工商户 等。

2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细 3.1《基本医疗保险单位参保信息登记表》(附件 1) 3.2 法定代表人身份证

3.3 单位证照(依单位性质不同分别提供)

《统一社会信用代码证书》(机关)

《事业单位法人证书》(事业)

《社会团体法人登记证书》(社会团体)

《民办非企业单位登记证书》(民办非企业)

《营业执照》(企业)

《个体工商户营业执照》(个体工商户)

4.办理流程

4.1 申请

参保单位办理单位参保登记业务时，可登录医保经办政务服 务网上大厅或到医保经办服务窗口进行申请并提交材料。

4.2 受理

工作人员对参保单位申报的信息和提交材料进行受理，打印 《吉林省医疗保险业务受理单》改为《吉林省医疗保障业务单》 (附件 2)。如填写内容有误或材料提供不全的，不予受理，并 告知原因。参保单位符合条件后可重新申请。

4.3 审核

工作人员对受理业务进行审核，给出审核意见。

4.4 办结

打印《吉林省医疗保障业务单》(附件 3)。

4.5 送达

办理结果推送。

5.办件类型

承诺件。

6.办理时限

5 个工作日。

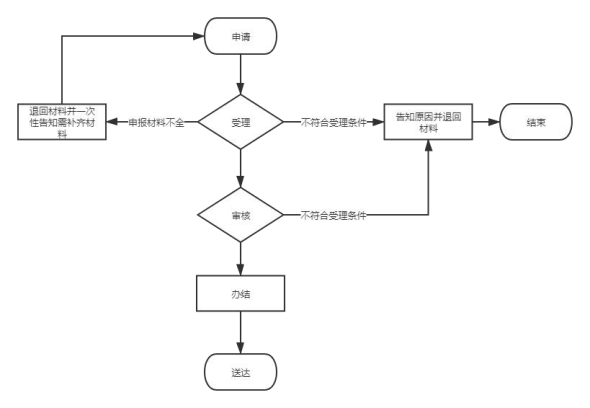
7.其他事项

7.1 单位应当自成立之日起三十日内办理单位新参保登记， 如未能及时办理需提供情况说明。

7.2 依托国家医疗保障信息平台，参保单位使用统一信用代 码进行登记，确保新参保单位省域范围内同一统一社会信用代码

只开设一个医保帐户。

8.业务流程图



附件 1

基本医疗保险单位参保信息登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □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 | | | | | | | | | | | |

附件 2



受理编号



吉林省医疗保障业务单

受理日期

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 基本信息： (请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务) | | |
| 单位名称：  单位性质：  法人姓名：  开户银行： | 社会统一信用代码：  通讯地址：  法人联系电话：  银行账号： | |
| 申报信息：(请您仔细核对信息内容，如与申报情况不一致，请及时调整) | | |
| 业务名称：单位参保登记 退休后公务员补助缴纳比例： 经 办 人： | | 参保险种：  联系电话： |
| 提供材料：  《基本医疗保险单位参保信息登记表》  法定代表人身份证  《统一社会信用代码证书》(机关)  《事业单位法人证书》(事业)  《社会团体法人登记证书》(社会团体)  《民办非企业单位登记证书》(民办非企业)  《营业执照》(企业)  《个体工商户营业执照》(个体工商户) | | |

确认信息：

您所申报单位参保登记业务已受理，办理时限为 5 个工作日，您可拨打 查询业务办 理进度，也可扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务办理进度。

您所申报单位参保登记业务不符合受理条件，原因:

申请人/经办人：

受理人：

附件 3



办理编号

吉林省医疗保障业务单

办结日期



基本信息： (请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务)

单位名称：

单位性质：

法人姓名：

开户银行：

社会统一信用代码：

通讯地址：

法人联系电话：

银行账号：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 办理信息：(请您仔细核对信息内容，如与办理情况不一致，请及时调整) | | |
| 业务名称：单位参保登记 单位编号：  经 办 人： | 参保险种：  退休后公务员补助缴纳比例：  联系电话： | |
| 提示信息：(请您仔细核对信息内容，如有问题可向业务人员咨询)  1、您申请的单位新参保业务已经办理完成，请您仔细核对信息。  2、您可登录医保经办政务服务网上大厅的单位业务经办中单位参保登记模块办理相关业务。 如需进行职工新增，请参照职工参保登记或职工统筹内调转业务服务指南办理。  3、业务办理时间：工作日(法定节假日、休息日除外)，请您合理安排时间前来办理。  4、业务咨询电话： 。  5、更多政策信息、经办流程请登录 官方网站 或 微  信公众号进行查询。 | | |
| 确认信息： 您所办理的单位参保登记业务已办结。  您所办理的单位参保登记业务不符合办理条件，原因： | | |
| 申请人/经办人： | 受理人： | 审核人： |

特殊人群标记业务流程

(经办政务服务事项清单 G002036008003)

为明确特殊人群标记业务的服务对象、受理条件、办理材料 明细、办理流程、办件类型、办理时限制定本流程。

1.服务对象

特困人群。

2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细

无

4.办理流程

4.1 接收

工作人员接收民政等部门的信息推送。

4.2 标记

工作人员根据接收到的信息，在医保系统中做好标记。

4.3 办结

标记成功后即可享受相应待遇。

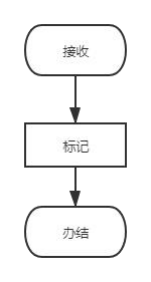
5.办件类型

即办件。

6.办理时限

即时办理。

7.业务流程图



职工参保登记业务流程

(医保政务服务事项清单 G002036001002\_01)

为明确职工参保登记业务的服务对象、受理条件、办理材料 明细、办理流程、办件类型、办理时限及其他事项制定本流程。

1.服务对象

参保单位新增人员 (需参保单位代办) .

2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细

3.1 机关事业单位

3.1.1《职工基本医疗保险参保登记表》(附件 1)

3.1.2 机构编制管理证

3.2 合同制

3.2.1《职工基本医疗保险参保登记表》(附件 1) 3.2.2 劳动合同

4.办理流程

4.1 申请

参保单位办理职工参保登记业务时，可登录医保经办政务服 务网上大厅或到医保经办服务窗口进行申请并提交材料。

4.2 受理

工作人员对参保单位申报的信息和提交材料进行受理，打印

《吉林省医疗保障业务单》(附件 2) 。如填写内容有误或材料 提供不全的，不予受理，并告知原因。参保单位符合条件后可重 新申请。

4.3 审核

工作人员对受理业务进行审核，给出审核意见。

4.4 办结

打印《吉林省医疗保障业务单》(附件 3) 及《职工基本医 疗保险参保业务明细表》(附件 4) 。

4.5 送达

办结结果推送。

5.办件类型

承诺件。

6.办理时限

5 个工作日。

7.其他事项

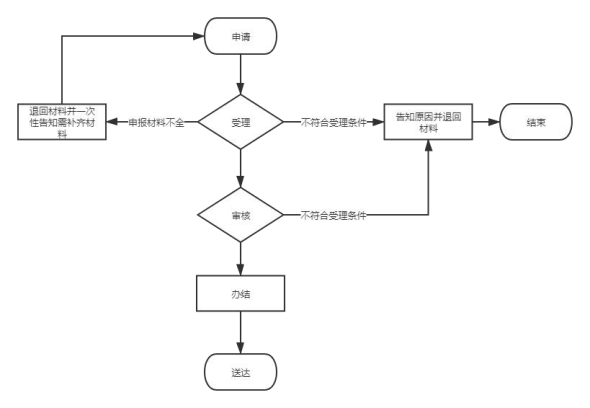
7.1 不能及时提供机构编制管理证的新招录人员可提供录用 通知书、录用审批表、招聘备案表或报到通知；

不能及时提供机构编制管理证的调转人员可提供调任审批 表、调动审批呈报表、调动通知或商调表；

不能及时提供机构编制管理证的军转干部(退伍人员) 可提 供复原退伍军人安置工作介绍信和调配证。

7.2 此业务与职工缴费基数申报业务(参保申报)同步办理。

8.业务流程图



— —

12

附件 1

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： □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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：1.新增人员对应变更类别为增加；停保人员对应变更类别为中断；退保人员对应变更类别为终止；续保人员对应变更类别为恢复。 2.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



附件 2



登记编号

吉林省医疗保障业务单

登记日期

|  |  |
| --- | --- |
| 基本信息：  单位名称： 单位性质： 法人姓名：  开户银行： | (请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务)  社会统一信用代码：  通讯地址：  法人联系电话：  银行账号： |
| 申报信息： (请您仔细核对信息内容，如与申报情况不一致，请及时调整)  业务名称：职工参保登记 新增人数：  经 办 人： 联系方式：  提供材料：  《职工基本医疗保险参保登记表》  机构编制管理证  劳动合同 | |

确认信息：您申报的职工参保登记业务已受理，办理时限为 5 个工作日，您可拨打 查 询业务办理进度，也可扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务办理进度。 您申报的职工参保登记业务不符合受理条件，原因:

申请人/经办人：

受理人：

吉林省社会医疗保险管理局制

附件 3



登记编号

吉林省医疗保障业务单

登记日期



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 基本信息： (请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务) | | |
| 单位名称：  单位性质：  法人姓名：  开户银行： | 社会统一信用代码：  通讯地址：  法人联系电话：  银行账号： | |
| 办理信息： (请您仔细核对信息内容，如与申报情况不一致，请及时调整)  业务名称：职工参保登记 新增人数：  经 办 人： 联系方式：  补缴人数： 补缴金额： | | |
| 提示信息: (请您仔细核对信息内容，如有问题可向业务人员咨询)  1、 您申请的职工参保登记业务已经办理完成,请您仔细核对信息。  2、 您单位的参保人数、缴费基数已发生变动，请仔细核对当月核定通知单并及时向税务缴纳医保费。  3、 若新增人员无社会保障卡，可联系单位经办人员及时申领社保卡，也可持《吉林省医疗保险业务登 记单》到社保卡综合服务大厅申领。如有疑问，请咨询 12333。新增人员可通过医保电子凭证可通 过农业银行、中国银行、工商银行、兴业银行、邮储银行建设银行、光大银行、交通银行、中信银 行、 招商银行、民生银行、广发银行手机 APP 及微信、支付宝即时开通医保电子凭证。  4、 若新增人员在其他医保经办机构有参保记录， 可将原参保地的医保关系转移至现参保地。需提供原 参保地医保经办机构出具的《基本医疗保险参保凭证》， 详细请参照医疗保险关系接续业务服务指 南。  5、 参保职工可以登录官方网站个人信息查询界面注册、登录后查询个人信息。  6、 业务办理时间：工作日(法定节假日、休息日除外) ，请您合理安排时间前来办理。  7、 咨询电话：  8、更多政策信息、经办流程请登录 官方网站 或 微信公众号 进行查询。 | | |
| 确认信息 ： 您申报的职工参保登记业务已办结。  您申报的职工参保登记业务材料不符合受理条件，原因： | | |
| 申请人/经办人： | 办理人： | 审核人： |

吉林省社会医疗保险管理局制

— 15 —

附件 4

职工基本医疗保险参保业务明细表

单位名称： 单位编码： 变更类别： 增加 中断 终止 恢复 在职转退休 统筹区内转移

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序 号 | 医保编号 | 姓名 | 身份证件号码 | 缴费  基数 | 险种 | | | | 手机号码 | 备注 |
| 基本医疗 保险 | 公务员补助 (企业补充保险) | 大额补 充保险 | 二级保健 对象 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

年 月 日

灵活就业人员参保登记业务流程

(医保政务服务事项清单 G002036001002\_02)

为明确灵活就业人员参保登记业务的服务对象、受理条件、 办理材料明细、办理流程、办件类型、办理时限制定本流程。

1.服务对象

具有参保地户籍或在参保地居住的无雇工个体工商户、自由 职业者以及短期季节性务工人员、新就业形态人员等未与用人单 位建立稳定劳动关系的从业人员.

2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细 3.1《职工基本医疗保险参保登记表》(附件 1)

3.2 有效身份证明

4.办理流程

4.1 申请

参保人员办理灵活就业人员参保登记业务时，可登录医保经 办政务服务网上大厅或到医保经办服务窗口进行申请并提交材 料。

4.2 受理

工作人员对参保人员申报的信息和提交材料进行受理，如填 写内容有误或材料提供不全的，不予受理，并告知原因。参保人

员符合条件后可重新申请。

4.3 审核

工作人员对受理业务进行审核，给出审核意见。

4.4 办结

打印《吉林省医疗保障业务单》(附件 2)

4.5 送达

办结结果推送。

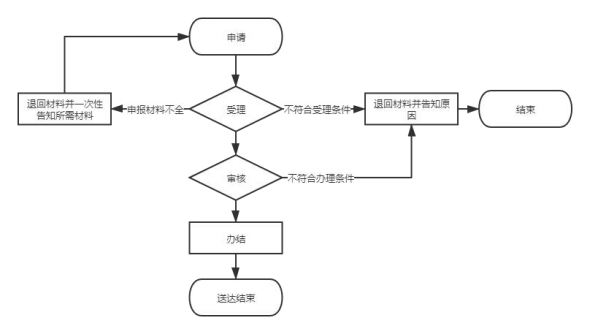
5.办件类型

即办件。

6.办理时限

即时办结。

7.业务流程图



— 18 —

附件 1

单位名称(盖章)：

职工基本医疗保险参保登记表

□灵活就业人员

险种：

单位编码：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：1.新增人员对应变更类别为增加；停保人员对应变更类别为中断；退保人员对应变更类别为终止；续保人员对应变更类别为恢复。 2.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



基本信息： (请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务)

附件 2



吉林省医疗保障业务单

办结 日期

办理编号

姓 名： 性 别：

身份证号： 参 保 地：

年 龄：

人员类别：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 办理信息： (请您仔细核对信息内容，如与申报情况不一致，请及时调整)  业务名称：灵活就业人员参保登记业务 新增人数：  经 办 人： 联系方式： | | |
| 提示信息： (请您仔细核对信息内容，如有问题可向业务人员咨询) 1.您申请的灵活就业人员参保登记业务已经办理完成,请您仔细核对信息。  2.请仔细核对并按核定金额通过税务部门提供的缴费渠道(微信吉林税务社保缴  费小程序、办税大厅等)缴纳医保费。如有疑问，请咨询 12366。 3.若参保人员无社会保障卡，可及时申领社保卡， 也可持《吉林省医疗保险业务 办理单》到社保卡综合服务大厅申领。如有疑问，请咨询 12333。 4.参保人员可通过农业银行、中国银行、工商银行、兴业银行、邮储银行建设银 行、光大银行、交通银行、中信银行、 招商银行、民生银行、广发银行手机 APP 及微信、支付宝即时开通医保电子凭证。 5.若新增人员在其他医保经办机构有参保记录，可将原参保地的医保关系转移至 现参保地。需提供原参保地医保经办机构出具的《基本医疗保险参保凭证》，详细 请参照医疗保险关系转移接续业务服务指南。 6.参保人员可以登录医保经办政务服务网上大厅个人界面注册、登录后查询个人 信息。  7.业务办理时间： 工作日(法定节假日、休息日除外)，请您合理安排时间前来办 理。  8.咨询电话： | | |
| 确认信息 ： 您申报的灵活就业人员参保登记业务已办结。  您申报的灵活就业人员参保登记业务材料不符合办理条件，原因： | | |
| 申请人/经办人： | 办理人： | 审核人： |

城乡居民参保登记业务流程

(医保政务服务事项清单 G002036001003\_01)

为明确城乡居民参保登记业务的服务对象、受理条件、办理 材料明细、办理流程、办件类型、办理时限及其他事项制定本流 程。

1.服务对象

具有参保地户籍或在参保地居住的非就业居民

2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细 3.1《城乡居民基本医疗保险参保登记表》(附件 1)。

3.2 身份证或户口本(薄) ，非本地居民需提供居住证(居 住证明) 。

4.办理流程

4.1 申请

参保人员办理城乡居民参保登记业务时，可登录医保经办政 务服务网上大厅或到医保指定的经办服务窗口进行申请并提交 材料。

4.2 受理

工作人员对参保人员申报的信息和提交材料进行受理，如填 写内容有误或材料提供不全的，不予受理，并告知原因。符合条

件后可重新申请。

4.3 审核

工作人员对受理业务进行审核，给出审核意见。

4.4 办结

打印《吉林省医疗保障业务单》(附件 2)

4.5 送达

办结结果推送。

5.办件类型

即办件。

6.办理时限

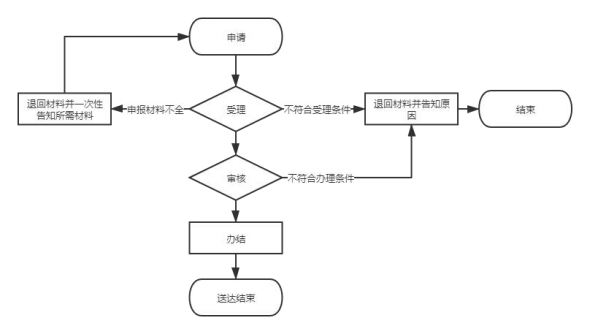
即时办结。

7.其他事项

7.1 新生儿应于出生后 90 天内， 由其监护人到户籍地(或 居住地)辖区医保部门办理居民医保参保登记。新生儿参保登记 应使用本人真实姓名和身份证明。

7.2 医保指定的经办服务窗口可登录医保经办政务服务网 上大厅查询或拨打 12393 查询。

8.业务流程图



附件 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 | 口男 口女 | 出生  日期 | 年 月 | 联系电话 |  |
| 户籍所在地(居  住登记地) | 省 市 区县(市)  街道(乡镇) | | | 村(社区) |  |
| 通讯地址 |  | | | | |
| 申请人身份 | 口普通居民 口新生儿 口中小学儿童 口大学生 口特殊人群 | | | | |
| 财政补助对象 | 口低保 口重残 口低收入等纳入医疗救助资助参保范围的 | | | | |
| 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 | 口经审核，符合城乡居民医保参保规定。  口经审核，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 | | | | |



附件 2



吉林省医疗保障业务单

办结日期

办理编号

基本信息： (请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务)

姓 名： 性 别： 年 龄：

身份证号： 参 保 地： 特殊人员：

办理信息：(请您仔细核对信息内容，如与申报情况不一致，请及时调整)

业务名称：城乡居民参保登记业务

经 办 人： 联系方式：

提示信息: (请您仔细核对信息内容，如有问题可向业务人员咨询)

1．您申请的城乡居民参保登记业务已经办理完成,请您仔细核对信息。

2．请仔细核对并按核定金额通过税务部门提供的缴费渠道缴纳医保费，以后每年在集中预缴期内 (10 月

1 日至 12 月 31 日) 也可通过此方式自主预缴下一年度医保费。 3.参保人员若无社会保障卡，可在经办窗口同时提交照片代为申领社会保障卡。

4.参保人员可通过农业银行、中国银行、工商银行、兴业银行、邮储银行建设银行、光大银行、 交通银行、

中信银行、 招商银行、民生银行、广发银行手机 APP 及微信、支付宝即时开通医保电子凭证。

5．参保人员可以登录官方网站个人信息查询界面注册、登录后查询个人信息。

6．业务办理时间：工作日(法定节假日、休息日除外)，请您合理安排时间前来办理。

7．咨询电话：

8．扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务。

确认信息： 您所办理的城乡居民参保登记业务 已办结。

您所办理的城乡居民参保登记业务 不符合办理条件，原因：

申请人/经办人：

受理人：

审核人：

新生儿参保登记业务流程

(经办政务服务事项清单 G002036001003\_02)

为明确新生儿参保登记业务的服务对象、受理条件、办理材 料明细、办理流程、办件类型、办理时限及其他事项制定本流程。

1.服务对象

符合参保条件的新生儿(出生 90 天内)

2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细

3.1《城乡居民基本医疗保险参保登记表》

3.2 居住证或居住证明(新生儿为外地户籍人员并参加本地 医疗保险的提供)

3.3 新生儿户口本

4.办理流程

4.1 申请

参保人员办理新生儿参保登记业务时，可登录医保经办政务 服务网上大厅或到医保指定的经办服务窗口进行申请并提交材 料。

4.2 受理

工作人员对参保人员申报的信息和提交材料进行受理，如填 写内容有误或材料提供不全的，不予受理，并告知原因。符合条

件后可重新申请。

4.3 审核

工作人员对申报材料进行审核，给出审核意见。

4.4 办结

打印《吉林省医疗保障业务单》(附件 2)。

4.5 送达

5.办件类型

即办件。

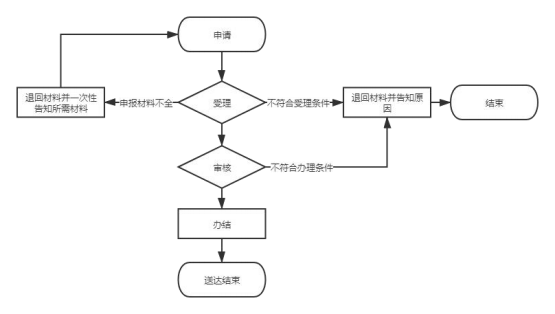
6.办理时限

即时办理。

7.其他事项

新生儿应在出生 90 天内，到户籍所在地或取得居住证的地 区，实名参保登记并缴费，方可享受新生儿医疗保险待遇；否则 按照城乡居民新参保政策执行。

8.业务流程图



附件 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 | 口男 口女 | 出生  日期 | 年 月 | 联系电话 |  |
| 户籍所在地(居  住登记地) | 省 市 区县(市)  街道(乡镇) | | | 村(社区) |  |
| 通讯地址 |  | | | | |
| 申请人身份 | 口普通居民 口新生儿 口中小学儿童 口大学生 口特殊人群 | | | | |
| 财政补助对象 | 口低保 口重残 口低收入等纳入医疗救助资助参保范围的 | | | | |
| 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 | 口经审核，符合城乡居民医保参保规定。 口经审核，不符合城乡居民医保参保规定。  (受理单位盖章) | | | 经办人：  年 月 日 | |



附件 2



吉林省医疗保障业务单



办理编号

办结日期

基本信息：(请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务)

姓 名： 性 别：

身份证号： 参 保 地：

年 龄：

特殊人员：

|  |
| --- |
| 办理信息：(请您仔细核对信息内容，如与申报情况不一致，请及时调整)  业务名称：新生儿参保登记业务  经 办 人： 联系方式： |
| 提示信息：(请您仔细核对信息内容，如有问题可向业务人员咨询)  1.您申请的新生儿参保登记业务已经办理完成,请您仔细核对信息。  2.请仔细核对并按核定金额通过税务部门提供的缴费渠道缴纳医保费， 以后每年在集中预缴期内 (10 月  1 日至 12 月 31 日) 也可通过此方式自主预缴下一年度医保费。 3.参保人员若无社会保障卡，可在经办窗口同时提交照片代为申领社会保障卡。  4.参保人员可通过农业银行、中国银行、工商银行、兴业银行、邮储银行建设银行、光大银行、 交通银行、  中信银行、 招商银行、民生银行、广发银行手机 APP 及微信、支付宝即时开通医保电子凭证。 5.参保人员可以登录官方网站个人信息查询界面注册、登录后查询个人信息。 6.业务办理时间：工作日(法定节假日、休息日除外)，请您合理安排时间前来办理。 7.咨询电话：  8.扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务。 |

确认信息： 您所办理的新生儿参保登记业务已办结。

您所办理的新生儿参保登记业务不符合办理条件， 原因：

申请人/经办人：

受理人：

审核人：

单位基本信息变更业务流程

(经办政务服务事项清单 G002036001004\_01)

为明确单位基本信息变更业务的服务对象、受理条件、办理 材料明细、办理流程、办件类型、办理时限及其他事项制定本流 程。

1.服务对象

参保单位(由单位经办人办理)

2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细

3.1 单位名称变更

3.1.1《基本医疗保险参保单位信息变更登记表》(附件 1) 3.1.2 单位证照(依单位性质不同分别提供)

《统一社会信用代码证书》、相关证明文件(机关)

《事业单位法人证书》、相关证明文件(事业)

《社会团体法人登记证书》(社会团体)

《民办非企业单位登记证书》(民办非企业)

《营业执照》(企业)

《个体工商户营业执照》(个体工商户)

3.1.3 市场监管部门批准的变更事项文件

3.2 单位法人变更

3.2.1《基本医疗保险参保单位信息变更登记表》(附件 1) 3.2.2 单位证照(依单位性质不同分别提供)

《统一社会信用代码证书》(机关)

《事业单位法人证书》(事业)

《社会团体法人登记证书》(社会团体)

《民办非企业单位登记证书》(民办非企业)

《营业执照》(企业)

《个体工商户营业执照》(个体工商户)

3.2.3 法定代表人身份证

3.3 经办人变更

3.3.1《基本医疗保险参保单位信息变更登记表》(附件 1)

3.3.2 经办人身份证

3.4 开户银行变更

3.4.1《基本医疗保险参保单位信息变更登记表》(附件 1) 3.4.2 银行开户许可证或基本存款账户信息

4.办理流程

4.1 申请

参保单位办理单位参保信息变更业务时，可登录医保经办政 务服务网上大厅或到医保经办服务窗口进行申请并提交材料。

4.2 受理

工作人员对参保单位申报的变更信息和上传材料进行受理， 如填写内容有误或材料提供不全的，不予受理，并告知原因。参

保单位符合条件后可重新申请。

4.3 审核

工作人员对受理业务进行审核，给出审核意见。

4.4 办结

打印《吉林省医疗保障业务单》(附件 3) 。

4.5 送达

办理结果推送。

5.办件类型

即办件。

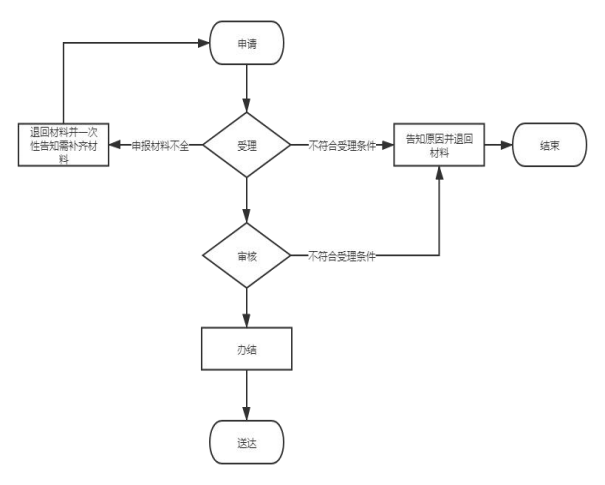
6.办理时限

即时办理。

7.其他事项

7.1 单位名称、法人姓名等 6 项业务需上传或提供材料办理； 其他变更事项无需上传或提供材料即可办理，详见《单位基本信 息变更项目汇总表》(附件 2) 。

7.2 无法提供银行开户许可证的可提供基本存款账户信息。 8.业务流程图



附件 1

基本医疗保险参保单位信息变更登记表

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 | | | | |

温馨提示：请您仔细核对相关信息如有疑问请拨打：

附件 2

单位基本信息变更项目汇总表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 变更项目 | 是否需要提供材料 | 变更项目 | 是否需要提供材料 |
| 单位名称 | 是 | 法人电话 | 否 |
| 法人姓名 | 是 | 经办人电话 | 否 |
| 法人证件号 | 是 | 统一社会信用代码 | 否 |
| 经办人姓名 | 是 | 单位地址 | 否 |
| 账号 | 是 | 邮政编码 | 否 |
| 开户行 | 是 | 行政区代码 | 否 |
| 隶属关系 | 否 | 单位电话 | 否 |
| 单位类型 | 否 | 单位传真 | 否 |
| 法人证件类型 | 否 |  |  |



附件 3



吉林省医疗保障业务单



办理编号

办结日期

基本信息： (请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务)

单位名称： 社会统一信用代码：

单位性质： 通讯地址：

法人姓名： 法人联系电话：

开户银行： 银行账号：

办理信息： (请您仔细核对信息内容，如与办理情况不一致，请及时调整)

业务名称：单位参保信息变更 变更项数：

经 办 人： 联系电话：

提示信息： (请您仔细核对信息内容，如有问题可向业务人员咨询)

1、您申请的单位参保信息变更业务已经办理完成,请您仔细核对信息。

2、业务办理时间：工作日(法定节假日、休息日除外) ，请您合理安排时间前来办理。

3、业务咨询电话：

4、扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务。

5、更多政策信息、经办流程请登录 官方网站或 微信公众号进行

查询。

确认信息： 您所办理的单位参保信息变更业务已办结。

您所办理的单位参保信息变更业务不符合办理条件，原因：

申请人/经办人签字：

受理人：

审核人：

单位合并、分立或注销业务流程

(经办政务服务事项清单 G002036001004\_02)

为明确单位合并、分立或注销业务的服务对象、受理条件、 办理材料明细、办理流程、办件类型、办理时限及其他事项制定 本流程。

1.服务对象

符合单位合并、分立或注销条件的参保单位。(由单位经办 人办理)

2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细

3.1《基本医疗保险单位参保信息登记表》。

3.2 合并、分立、注销通知书或批准文件。

3.3《基本医疗保险单位参保合并/分立明细表》或《基本医 疗保险单位参保注销明细表》。

4.业务流程

4.1 申请

参保单位办理单位合并、分立或注销业务时，可登录医保经 办政务服务网上大厅或到医保经办服务窗口进行申请并提供材 料。

4.2 受理

工作人员对参保单位申报的单位合并、分立或注销的基本信 息和提交材料进行受理，填写内容有误或材料提供不全的，不予 受理，并告知原因。参保单位符合条件后可重新申请。单位合并、 分立或注销打印《吉林省医疗保障业务单》(附件 4)。

4.3 审核

工作人员对受理业务进行审核，给出审核意见。

4.4 办结

单位合并、分立打印《吉林省医疗保障业务单》(附件 5) 及《吉林省医疗保险单位登记业务明细表》(附件 6)。

单位注销打印《吉林省医疗保障业务单》(附件 7)。

4.5 送达

办理结果推送。

5.办件类型

即办件(承诺件)。

6.办理时限

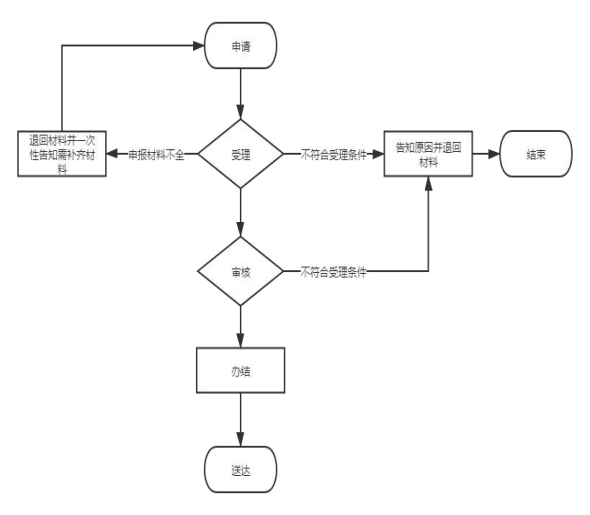
即时办理(5 个工作日)。

7.其他事项

7.1 凡是被合并的参保单位需分别填表。(附件 1) 7.2 凡是分立的参保单位需分别填表。(附件 2)

7.3 凡是合并或分立后需要注销原单位的，需加填《吉林省 医疗保险参保单位注销登记表》。(附件 3)

8.业务流程图



附件 1

基本医疗保险单位参保信息登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □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 | | | | | | | | | | | |

附件 2

基本医疗保险单位参保合并/分立明细表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 原单位 信息 | 单位编码 |  | | | 变更类型 (合并/分立) |  |
| 单位名称 |  | | | 参保时间 |  |
| 统一社会信用代码 |  | | | 主管单位 |  |
| 合并/分立前 人员信息 | 在职人数 |  | 单位意见 | (单位盖章)  年 月 日 | |
| 退休人数 |  |
| 离休人员 |  |
| 六级及以上 残疾军人 |  |
| 合计 |  |
| 统一社会信用代码 |  | 单位名称 | |  | |
| 合并/分立后 人员信息 | 在职人数 |  | 单位意见 | (单位盖章)  年 月 日 | |
| 退休人数 |  |
| 离休人员 |  |
| 六级及以上 残疾军人 |  |
| 合计 |  |

填表人：

联系电话：

附件 3

基本医疗保险单位参保注销明细表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 单位名称 | |  |
| 批准注销、解散等文件名称 | |  |
| 批准日期 | |  |
| 注 销 原 因 | 破产(关闭) ( )  兼(合)并 ( )  分 立 ( )  批准或宣布终止 ( )  迁往外省市 ( )  其他原因 ( )  说明： | |
| 单位意见 | 法人：(签章)  (单位盖章)  年 月 日 | |

填表人：

联系电话：

附件 4



受理编号

吉林省医疗保障业务单

受理日期



|  |  |
| --- | --- |
| 基本信息： (请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务) | |
| 单位名称：  单位性质：  开户银行： | 社会统一信用代码：  通讯地址：  银行账号： |
| 申报信息： (请您仔细核对信息内容，如与申报情况不一致，请及时调整) 业务名称：单位合并/分立/注销业务  经 办 人： 联系电话： | |
| 提供材料：  《基本医疗保险单位参保信息登记表》  合并通知书或批准文件/分立通知书或批准文件/注销通知书或批准文件 | |

确认信息： 您所申报的单位合并/分立/注销业务已受理，办理时限为 5 个工作日，您可拨 打查询业务办理进度，也可扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务办理进度。

您所申报单位合并/分立/注销业务不符合受理条件，原因：

申请人/经办人： 受理人：



附件 5



吉林省医疗保障业务单



办理编号

办理日期

基本信息： (请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务)

单位名称：

单位性质：

开户银行：

社会统一信用代码：

通讯地址：

银行账号：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 登记信息： (请您仔细核对信息内容，如与办理情况不一致，请及时调整) | | | | | |
| 业务名称：  变 动 人 数 ：在职 共 人。  变动后人数：在职 共 人。 | 人，退休 人，退休 | 人，离休 人，离休 | 审核状态： 已审核  人，六级及以上残疾军人 人，六级及以上残疾军人 | 人，保健对象 人，保健对象 | 人 ， 人 ， |
| 提示信息： (请您仔细核对信息内容，如有问题可向业务人员咨询)  1、您申请的单位合并/分立登记业务已经办理完成，请您仔细核对信息。  2、业务办理时间：工作日(法定节假日、休息日除外)，请您合理安排时间前来办理。  3、业务咨询电话：  4、扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务。  5、更多政策信息、经办流程请登录 官方网站 或 微信公众号  进行查询。 | | | | | |
| 确认信息： 您所办理的单位合并/分立业务已办结。  您办理的单位合并/分立业务不符合办理条件，原因： | | | | | |
| 申请人/经办人： | 受理人： | | | 审核人： | |

附件 6

吉林省医疗保险单位登记业务明细表

登记编号：

单位名称：

单位编号：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 个人编号 | 姓名 | 证件号 | 人员状态 | 工资基数 | 待遇生效时间 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |
| 合计 人，在职 人，退休 人，离休 人，六级及以上残疾军人 人，保健对象 人 | | | | | | |

温馨提示：请您仔细核对相关信息，如有疑问请拨打：

附件 7



吉林省医疗保障业务单



办理编号

办结日期

基本信息： (请您仔细核对信息内容，如有问题可向业务人员咨询)

单位名称： 社会统一信用代码：

单位性质： 通讯地址：

开户银行： 银行账号：

登记信息： (请您仔细核对信息内容，如有问题可向业务人员咨询)

业务名称：单位注销登记

经 办 人：

注销原因：

联系方式：

提示信息： (请您仔细核对信息内容，如有问题可向业务人员咨询)

1、您申请的单位注销登记业务已经办理完成，请您仔细核对信息。

2、注销业务办理完成后，该账户已不可启用，若您单位仍想在省医保参保请按单位新参保业 务办理。

3、业务办理时间：工作日(法定节假日、休息日除外)，请您安排恰当时间办理。

4、业务咨询电话：

5、扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务。

6、更多政策信息、经办流程请登录吉林省社会医疗保险管理局官方网站或关注吉林医保公共 服务进行查询。

确认信息： 您所办理的单位注销业务已办结。

您办理的单位注销业务不符合办理条件，原因：

申请人/经办人：

受理人：

审核人：

职工基本信息变更业务流程

(经办政务服务事项清单 G002036001005\_01)

为明确职工基本信息变更业务的服务对象、受理条件、办理 材料明细、办理流程、办件类型、办理时限及其他事项制定本流 程。

1.服务对象

参保职工。

2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细 3.1《基本医疗保险职工参保信息变更登记表》(附件 1)

3.2 身份证或户口簿

4 业务流程

4.1 申请

参保人员办理职工基本信息变更业务时，可登录医保经办政 务服务网上大厅或到医保经办服务窗口进行申请并提交材料。

4.2 受理

工作人员对参保人员申报的变更信息和提交材料进行受理， 如填写内容有误或材料提供不全的，不予受理，并告知原因。参 保单位符合条件后可重新申请。

4.3 审核

工作人员对受理业务进行审核，给出审核意见。

4.4 办结

打印《吉林省医疗保障业务单》(附件 3)。

4.5 送达

办理结果推送。

5.办件类型

即办件。

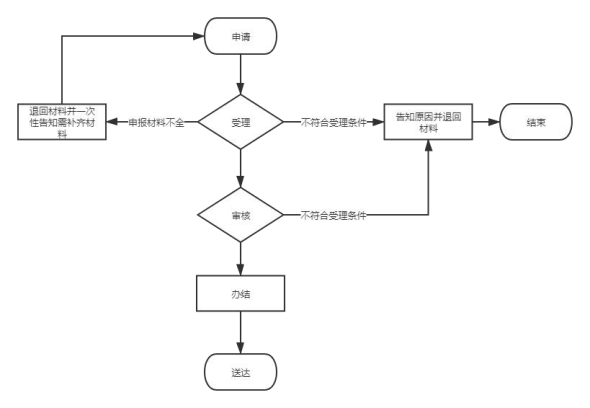
6.办理时限

即时办理。

7.其他事项

证件号码、姓名、性别、民族等五项需上传或提供材料办理； 其他变更事项无需上传或提供材料即可办理，详见《职工基本信 息变更项目汇总表》(附件 2)。

8.业务流程图



— 50 —

附件 1

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。

附件 2

职工基本信息变更项目汇总表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 变更项目 | 是否上传材料 | 变更项目 | 是否上传材料 |
| 证件号码 | 是 | 专业技术职务等级 | 否 |
| 姓名 | 是 | 国家职业资格等级 | 否 |
| 性别 | 是 | 移动电话 | 否 |
| 民族 | 是 | 电子邮箱 | 否 |
| 出生日期 | 是 | 户口性质 | 否 |
| 学历 | 否 | 户口所在地行政区 | 否 |
| 政治面貌 | 否 | 户口地址 | 否 |
| 婚姻状态 | 否 | 户口所在地邮政编码 | 否 |
| 健康状况 | 否 | 居住地所属行政区 | 否 |
| 行政职务 | 否 | 居住地地址 | 否 |
| 毕业院校 | 否 | 居住地邮政编码 | 否 |

附件 3



吉林省医疗保障业务单



办理编号

办结日期

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 基本信息： (请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务) | | |
| 姓 名：  身份证号：  人员类别：  单位名称： | 性 别：  参 保 地：  保健对象：  单位编码： | 年 龄：  医 保 号：  特殊人员：  联系电话： |
| 办理信息： (请您仔细核对信息内容，如与办理情况不一致，请及时调整)  业务名称：职工基本信息变更 变更人数：  经 办 人： 联系电话： | | |

提示信息： (请您仔细核对信息内容，如有问题可向业务人员咨询)

1、您申请的职工参保信息变更业务已经办理完成,请您仔细核对变更信息。

2、业务办理时间：工作日(法定节假日、休息日除外)，请您合理安排时间前来办理。

3、业务咨询电话：

4、扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务。

5、更多政策信息、经办流程请登录 官方网站 或 微信公

众号进行查询。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 确认信息： 您所办理的职工基本信息变更业务已办结。  您所办理的职工基本信息变更业务不符合办理条件，原因： | | |
| 申请人/经办人签字： | 受理人： | 审核人： |

职工在职转退休变更业务流程

(经办政务服务事项清单 G002036001005\_02\_01)

为明确职工在职转退休变更业务的服务对象、受理条件、办 理材料明细、办理流程、办件类型、办理时限及其他事项制定本 流程。

1.服务对象

符合在职转退休条件的参保职工(需参保单位代办) 。 2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细

3.1 机关单位

3.1.1《职工基本医疗保险参保登记表》(附件 1)

3.1.2《基本养老保险制度改革正式启动前退休审批表》或 《机关事业单位工作人员退休(退职) 核定表》或《基本养老保 险待遇核定表和退休(退职) 审核表》

3.2 事业单位

3.2.1 《职工基本医疗保险参保登记表》(附件 1)

3.2.2 《事业单位退休(退职)人员基本养老保险待遇核定 表》或《机关事业单位工作人员退休(退职) 核定表》

3.3 中直单位

3.3.1《职工基本医疗保险参保登记表》(附件 1)

3.3.2《干部退休审批表》或《机关单位工作人员退休审批 表》

3.4 企业单位(灵活就业人员)

3.4.1《职工基本医疗保险参保登记表》(附件 1)

3.4.2《吉林省城镇职工基本养老保险退休资格审核表》、 人事档案(仅限灵活就业人员证明视同缴费年限)

3.5 自主择业军转干部

3.5.1 《职工基本医疗保险参保登记表》(附件 1)

3.5.2 根据各地退役军人事务局提供的证明材料办理。 4.办理流程

4.1 申请

参保单位办理职工在职转退休变更登记业务时，可登录医保 经办政务服务网上大厅或到医保经办服务窗口进行申请并提交 材料。

4.2 受理

工作人员对参保单位申报的信息和提交材料进行受理，打印 《吉林省医疗保障业务单》(附件 2) 。如填写内容有误或材料 提供不全的，不予受理，并告知原因。参保单位符合条件后可重 新申请。

4.3 审核

工作人员对受理业务进行审核，给出审核意见。

4.4 办结

打印《吉林省医疗保障业务单》(附件 3) 及《吉林省医疗 保险职工在职转退休变更业务明细表》(附件 4) 。

4.5 送达

办理结果推送。

5.办件类型

承诺件。

6.办理时限

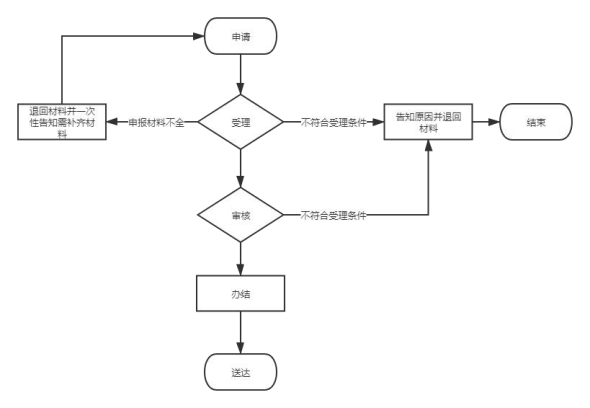
5 个工作日。

7.其他事项

7.1 办理职工在职转退休变更业务时医保参保单位与养老保 险退休单位不一致，需单位提供情况说明。

7.2 如不能及时提供《吉林省城镇职工基本养老保险基本养 老金核定表》， 可以申请容缺办理，一次性容缺时限为 3 个月

8.业务流程图



—

57 —

附件 1

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： □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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：1.新增人员对应变更类别为增加；停保人员对应变更类别为中断；退保人员对应变更类别为终止；续保人员对应变更类别为恢复。 2.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



附件 2



受理编号

吉林省医疗保障业务单

受理日期



|  |  |
| --- | --- |
| 基本信息：  单位名称： 单位性质： 法人姓名： 开户银行： | (请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务)  社会统一信用代码：  通讯地址：  法人联系电话：  银行账号： |
| 申报信息： (请您仔细核对信息内容，如与申报情况不一致，请及时调整)  业务名称：职工在职转退休变更业务 变更人数：  经 办 人： 联系电话： | |
| 提供材料：  《职工基本医疗保险参保登记表》  《基本养老保险制度改革正式启动前退休审批表》/《机关事业单位工作人员退休(退职) 核定 表》/《基本养老保险待遇核定表和退休(退职) 审核表》  《事业单位退休(退职) 人员基本养老保险待遇核定表》/《机关事业单位工作人员退休(退职) 核定表》  《干部退休审批表》/《机关单位工作人员退休审批表》  《吉林省城镇职工基本养老保险退休资格审核表》/《吉林省城镇职工基本养老保险基本养老金 核定表》  自主择业军转干部达到法定退休年龄后比照公务员享受基本医疗保险待遇审批表(本单位与退  役军人事务管理部门确认) | |

确认信息：您所申报职工在职转退休变更业务已受理，办理时限为 5 个工作日，您可拨打 查 询业务办理进度，也可扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务办理进度。

您所申报职工在职转退休变更业务不符合受理条件，原因：

申请人/经办人：

受理人：



附件 3



办理编号

吉林省医疗保障业务单

办结日期

基本信息： (请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务)

单位名称：

单位性质：

法人姓名：

开户银行：

社会统一信用代码：

通讯地址：

法人联系电话：

银行账号：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 办理信息： (请您仔细核对信息内容，如与办理情况不一致，请及时调整)  业务名称：职工在职转退休变更 退休人数：  补缴人数： 补缴总额：  经 办 人： 联系电话： | | |
| 提示信息： (请您仔细核对信息内容，如有问题可向业务人员咨询)  1.您申请的职工在职转退休变更业务已经办理完成,请您仔细核对信息。  2.您单位的缴费金额发生了变化，请仔细核对并及时缴费。  3.退休人员不缴纳基本医疗保险费。  4.退休职工若长期居住在外地，可办理异地就医业务。  5.业务办理时间：工作日(法定节假日、休息日除外) ，请您合理安排时间前来办理。 6.业务咨询电话：  7.扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务。  8、更多政策信息、经办流程请登录 官方网站 或 微信公众  号进行查询。 | | |
| 确认信息： 您所办理的职工在职转退休变更业务已办结。  您所办理的职工在职转退休变更业务不符合办理条件，原因： | | |
| 申请人/经办人签字： | 受理人： | 审核人： |

附件 4

吉林省医疗保险职工在职转退休变更业务明细表

登记编号：

单位名称：

单位编号：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 个人编号 | 姓名 | 证件号 | 缴费基数 | 生效时间 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |
| 合计 人 | | | | | |

温馨提示：请您仔细核对相关信息，如有疑问请拨打：

职工停保变更业务流程

(经办政务服务事项清单 G002036001005\_02\_02)

为明确职工停保变更业务的服务对象、受理条件、办理材料 明细、办理流程、办件类型、办理时限及其他事项制定本流程。

1.服务对象

符合停保条件的参保职工(需参保单位代办)

2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细 3.1《职工基本医疗保险参保登记表》(附件 1)

3.2《解除聘用合同证明书》或《解除(终止) 劳动合同证 明书》或《机构编制管理证减少人员记录》(灵活就业人员提供 身份证)

4.办理流程

4.1 申请

参保单位办理职工停保变更业务时，可登录医保经办政务服 务网上大厅或到医保经办服务窗口进行申请并提交材料。

4.2 受理

工作人员对参保单位申报的信息和提交材料进行受理，打印 《吉林省医疗保障业务单》(附件 3) 。如填写内容有误或材料 提供不全的，不予受理，并告知原因。参保单位符合条件后可重

新申请。

4.3 审核

工作人员对受理业务进行审核，给出审核意见。

4.4 办结

打印《吉林省医疗保障业务单》(附件 4)

4.5 送达

办理结果推送。

5.办件类型

承诺件。

6.办理时限

5 个工作日。

7.其他事项

7.1 因参保职工调转不能及时提供《机构编制管理证减少人 员记录》的，机构编制管理证可提供调转文件调动审批呈报表、 调动审批表；

因参保职工辞职不能及时提供《机构编制管理证减少人员记 录》的，机构编制管理证可提供辞去公职批准通知书；

因参保职工违纪或判刑不能及时提供《机构编制管理证减少 人员记录》的，机构编制管理证可提供法院判决书、纪检部门或 上级主管单位和本单位出具的开除公职红头文件；

因参保职工失踪不能及时提供《机构编制管理证减少人员记 录》， 机构编制管理证可提供相关减员手续、法院判决书或本单

位出具的关于失踪人员处理结果的红头文件并加盖公章以及刊 登声明的报纸；

7.2若参保单位操作失误将参保职工办理停保或因特殊情况 需要将已经办理停保的职工恢复参保，按职工参保登记业务办 理；对于达到法定退休年龄且因特殊原因已经办理停保业务，在 办理职工参保登记时无法提供劳动合同的，单位需提供恢复参保 的书面说明。

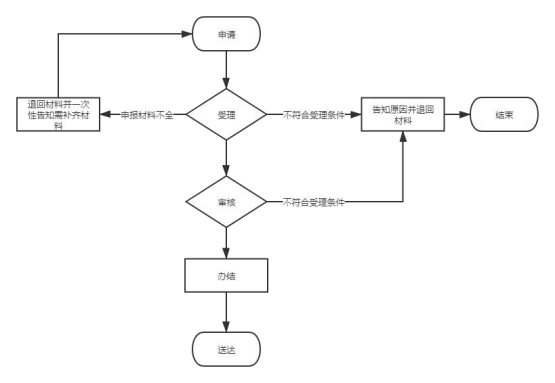
7.3 若参保单位不能提供《解除聘用合同证明书》或《解除

(终止) 劳动合同证明书》， 可提供法院判决书。

7.4 参保职工死亡不能及时提供死亡证明、户口注销或火化 证明的，可提供本单位出具参保人员生存状况情况说明加盖公章 申请办理停保业务，待其补齐相关材料或辅助证明后按相关规定 方可办理退保。

7.5 单位办理提供以上材料，如个人因特殊原因想自行办理 停保，需填写《职工基本医疗保险参保登记表》， 无需单位盖章 和填写单位编码， 同时需填写个人申请承诺书(附件 2) 。

8.业务流程图



— 65 —

附件 1

单位名称(盖章)：

职工基本医疗保险参保登记表

单位编码：

灵活就业人员

险种：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：1.新增人员对应变更类别为增加；停保人员对应变更类别为中断；退保人员对应变更类别为终止；续保人员对应变更类别为恢复。 2.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

附件 2

个人申请承诺书

个人基本信息(姓名、身份证号码) ，本人因(原 因) ， 自愿申请中断与\*\*\*单位职工医保。

本人签字印章

年 月 日

附件 3



吉林省医疗保障业务单



受理编号

受理日期

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 基本信息：  单位名称： 单位性质： 法人姓名： 开户银行： | (请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务)  社会统一信用代码：  通讯地址：  法人联系电话：  银行账号： | |
| 申报信息： (请您仔细核对信息内容，如与申报情况不一致，请及时调整)  业务名称：职工停保变更 停保人数：  经 办 人： 联系电话： | | |
| 提供材料：  《职工基本医疗保险参保登记表》  《解除聘用合同证明书》  《解除(终止) 劳动合同证明书》  《机构编制管理证减少人员记录》 | | |
| 确认信息： 您所申报职工停保变更业务已受理，办理时限为 5 个工作日，您可拨打 查 询业务办理进度，也可扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务办理进度。  您所申报职工停保变更业务不符合受理条件，原因： | | |
| 申请人/经办人： | | 受理人： |

附件 4



吉林省医疗保障业务单



办理编号

办结日期

基本信息： (请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务)

单位名称：

单位性质：

法人姓名：

开户银行：

社会统一信用代码：

通讯地址：

法人联系电话：

银行账号：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 办理信息： (请您仔细核对信息内容，如与办理情况不一致，请及时调整) 业务名称：职工停保变更 停保人数：  经 办 人： 联系电话： | | |
| 提示信息： (请您仔细核对信息内容，如有问题可向业务人员咨询)  1、 您申请的职工停保业务已经办理完成,停保后其本人待遇享受至已缴费的费款所属期结束， 请您仔细核对信息。  2、您单位的参保人数、缴费基数已发生变动，请仔细核对当月缴费通知单并及时缴费。  3、停保人员的参保年限和余额转移到新参保地，详细请参照医疗保险关系转移业务服务指南。  4、业务办理时间：工作日(法定节假日、休息日除外) ，请您合理安排时间前来办理。  5、业务咨询电话：  6、扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务。  7、更多政策信息、经办流程请登录 官方网站或 微信公众  号进行查询。 | | |
| 确认信息： 您所办理的职工停保变更业务已办结。  您所办理的职工停保变更业务不符合办理条件，原因： | | |
| 申请人/经办人： | 受理人： | 审核人： |

职工续保登记业务流程

(经办政务服务事项清单 G002036001005\_02\_03)

为明确职工续保登记业务的服务对象、受理条件、办理材料 明细、办理流程、办件类型、办理时限及其他事项制定本流程。

1.服务对象

参保单位增加人员(需参保单位代办) 。

2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细

劳动合同或机构编制管理证(灵活就业人员提供身份证、户 口簿) 。

4.办理流程

4.1 申请

参保单位办理职工续保登记业务时，可登录医保经办政务服 务网上大厅或到医保经办服务窗口进行申请并提交材料。

4.2 受理

工作人员对参保单位申报的信息和提交材料进行受理，打印 《吉林省医疗保障业务单》(附件 2) 。如填写内容有误或材料 提供不全的，不予受理，并告知原因。参保单位符合条件后可重 新申请。

4.3 审核

工作人员对受理业务进行审核，给出审核意见。

4.4 办结

打印《吉林省医疗保障业务单》(附件 3) 及《职工基本医 疗保险参保业务明细表》(附件 4) 。

4.5 送达

办结结果推送。

5.办件类型

承诺件。

6.办理时限

5 个工作日。

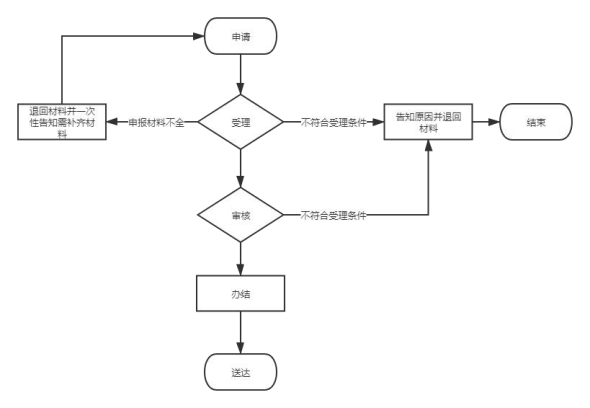
7.其他事项

7.1 不能及时提供机构编制管理证的招录人员可提供录用通 知书、录用审批表、招聘备案表或报到通知；

不能及时提供机构编制管理证的调转人员可提供调任审批 表、调动审批呈报表、调动通知；

不能及时提供机构编制管理证的军转干部(退伍人员)可提 供复原退伍军人安置工作介绍信和调配证。

7.2 此业务与职工缴费基数申报业务(参保申报)同步办理。 8.业务流程图



— 72 —

附件 1

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： □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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：1.新增人员对应变更类别为增加；停保人员对应变更类别为中断；退保人员对应变更类别为终止；续保人员对应变更类别为恢复。 2.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

附件 2



登记编号

吉林省医疗保障业务单

登记日期



|  |  |
| --- | --- |
| 基本信息：  单位名称： 单位性质： 法人姓名： 开户银行： | (请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务)  社会统一信用代码：  通讯地址：  法人联系电话：  银行账号： |
| 申报信息： (请您仔细核对信息内容，如与申报情况不一致，请及时调整)  业务名称：职工续保登记 续保人数：  经 办 人： 联系方式： | |
| 提供材料：  《职工基本医疗保险参保登记表》  机构编制管理证  劳动合同 | |

确认信息： 您所申报职工续保登记业务已受理，办理时限为 5 个工作日，您可拨打 查询业

务办理进度，也可扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务办理进度。

您所申报职工续保登记业务不符合受理条件，原因：

申请人/经办人：

受理人：

附件 3



登记编号

吉林省医疗保障业务单

登记日期



基本信息: (请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务)

单位名称：

单位性质：

法人姓名：

开户银行：

社会统一信用代码：

通讯地址：

法人联系电话：

银行账号：

办理信息： (请您仔细核对信息内容，如与申报情况不一致，请及时调整)

业务名称：职工续保登记 续保人数：

经 办 人： 联系方式：

补缴人数： 补缴金额：

提示信息 (请您仔细核对信息内容，如有问题可向业务人员咨询)

1．您申请的职工续保登记业务已经办理完成,请您仔细核对信息。

2．您单位的参保人数、缴费基数已发生变动，请仔细核对当月核定通知单并及时向税务缴纳医保 费。

3．若续保人员在其他医保经办机构有参保记录， 可将原参保地的医保关系转移至现参保地。需提 供原参保地医保经办机构出具的《基本医疗保险参保凭证》， 详细请参照医疗保险关系接续业务服务 指南。

4．参保职工可以登录官方网站个人信息查询界面注册、登录后查询个人信息。

5．业务办理时间：工作日(法定节假日、休息日除外) ，请您合理安排时间前来办理。

6．咨询电话：

7．扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务。

8 、 更 多 政 策 信 息 、 经 办 流 程 请 登 录 官 方 网 站 或

微信公众号进行查询。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 确认信息： 您所办理的职工续保登记业务已办结。  您所办理的职工续保登记业务不符合办理条件，原因： | | |
| 申请人/经办人： | 受理人： | 审核人： |

— 75 —

附件 4

职工基本医疗保险参保业务明细表

单位名称： 单位编码： 变更类别： 增加 中断 终止 恢复 在职转退休 统筹区内转移

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序 号 | 医保编号 | 姓名 | 身份证件号码 | 缴费  基数 | 险种 | | | | 手机号码 | 备 注 |
| 基本医疗保险 | 公务员补助 (企业补充保险) | 大额补充保险 | 二级保健 对象 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

年 月 日

职工统筹区内转移业务流程

(经办政务服务事项清单 G002036001005\_03)

为明确职工统筹区内调转业务的服务对象、受理条件、办理 材料明细、办理流程、办件类型、办理时限及其他事项制定本流 程。

1.服务对象

符合统筹区内转移条件的参保职工(参保单位代办)。 2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细

3.1 机关事业单位

3.1.1《职工基本医疗保险参保登记表》(附件 1)

3.1.2 机构编制管理证

3.2 其它单位

3.2.1《职工基本医疗保险参保登记表》(附件 1) 3.2.2 劳动合同

4.办理流程

4.1 申请

参保单位办理职工统筹区内调转业务时，可登录医保经办政 务服务网上大厅或到医保经办服务窗口进行申请并提交材料。

4.2 受理

工作人员对参保单位申报的信息和提交材料进行受理，打印 《吉林省医疗保障业务单》(附件 2)。如填写内容有误或材料提 供不全的，不予受理，并告知原因。参保单位符合条件后可重新 申请。

4.3 审核

工作人员对受理业务进行审核，给出审核意见。

4.4 办结

打印《吉林省医疗保障业务单》(附件 3) 及《统筹区内转 移变更业务明细表》(附件 4)。

4.5 送达

办结结果推送。

5 办件类型

承诺件。

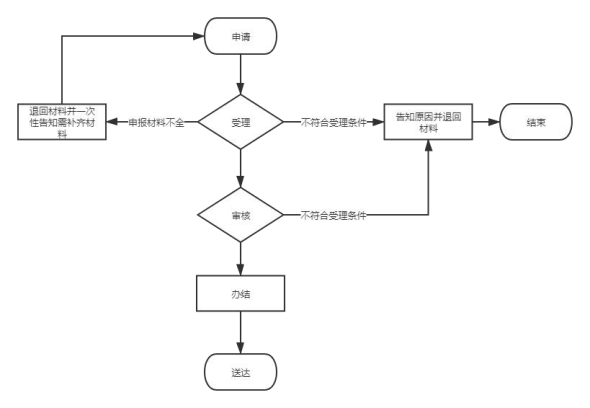
6 办理时限

5 个工作日。

7 其他事项

因参保职工调转不能及时提供机构编制管理证减少人员记 录的，机构编制管理证可提供调转文件、调动审批呈报表、调动 审批表。

8.业务流程图



— 79 —

附件 1

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： □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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：1.新增人员对应变更类别为增加；停保人员对应变更类别为中断；退保人员对应变更类别为终止；续保人员对应变更类别为恢复。 2.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

附件 2



吉林省医疗保障业务单



受理编号

受理日期

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 基本信息：(请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务) | | |
| 单位名称：  单位性质：  法人姓名：  开户银行： | 社会统一信用代码：  通讯地址：  法人联系电话：  银行账号： | |
| 申报信息：(请您仔细核对信息内容，如与申报情况不一致，请及时调整) | | |
| 业务名称：职工统筹区内转移业务  经 办 人： | | 转移人数：  联系电话： |
| 提供材料：  《职工基本医疗保险参保登记表》  机构编制管理证  劳动合同 | | |
| 确认信息： 您所申报职工统筹区内转移业务业务已受理，办理时限为 5 个工作日，您可拨打  查询  业务办理进度，也可扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务办理进度。  您所申报职工统筹区内转移业务不符合受理条件，原因： | | |
| 申请人/经办人： | 受理人： | |

附件 3



吉林省医疗保障业务单



登记编号

登记日期

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 基本信息：(请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务) | | | |
| 单位名称：  单位性质：  法人姓名：  开户银行： | 社会统一信用代码：  通讯地址：  法人联系电话：  银行账号： | | |
| 办理信息： (请您仔细核对信息内容，如与办理情况不一致，请及时调整) | | | |
| 业务名称：职工统筹区内转移业务  经 办 人: | | 转移人数：  联系电话: | |
| 提示信息：(请您仔细核对信息内容，如有问题可向业务人员咨询)  1、您申请的职工统筹区内转移业务已经办理完成,请您仔细核对信息。  2、您单位的参保人数、缴费基数已发生变动，请仔细核对当月缴费通知单并及时缴纳医保费。  3、调转人员的工资基数是原单位的工资基数，若其工资基数发生变化，请按照基数变更服务指 南更改。  4、业务办理时间：工作日(法定节假日、休息日除外)，请您合理安排时间前来办理。  5、业务咨询电话：  6、扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务。  7、更多政策信息、经办流程请登录 官方网站 或 微  信公众号进行查询。 | | | |
| 确认信息： 您所办理的职工统筹区内转移业务已办结。  您所办理的职工统筹区内转移业务不符合办理条件，原因： | | | |
| 申请人/经办人签字： | 受理人： | | 审核人： |

附件 4

统筹区内转移变更业务明细表

登记编号：

单位名称：

单位编号：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 个人编号 | 姓名 | 证件号 | 工资基数 | 生效时间 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |
| 合计 人，在职 人，退休 人，离休 人，六级及以上伤残军人 人，保健对象 人 。 | | | | | |

温馨提示：请您仔细核对相关信息，如有疑问请拨打：

城乡居民基本信息变更业务流程

(经办政务服务事项清单 G002036001006\_01)

为明确城乡居民基本信息变更业务的服务对象、受理条件、 办理材料明细、办理流程、办件类型、办理时限及其他事项制定 本流程。

1.服务对象

参加城乡居民医保的参保居民。

2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细 3.1《基本医疗保险城乡居民参保信息变更登记表》(附件 1)

3.2 本人身份证或户口簿

4 业务流程

4.1 申请

参保人员办理城乡居民基本信息变更业务时，可登录医保经 办政务服务网上大厅或到医保经办服务窗口进行申请并提交材 料。

4.2 受理

工作人员对参保人员申报的变更信息和提交材料进行受理， 如填写内容有误或材料提供不全的，不予受理，并告知原因。参 保人员符合条件后可重新申请。

4.3 审核

工作人员对受理业务进行审核，给出审核意见。

4.4 办结

打印《吉林省医疗保障业务单》(附件 2)。

4.5 送达

办结结果推送。

5.办件类型

即办件。

6.办理时限

即时办理。

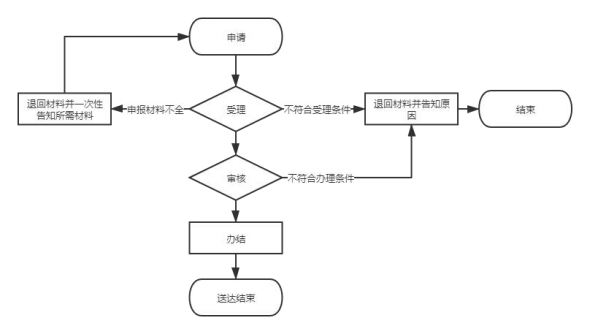
7.其他事项

7.1 变更关键信息(姓名、性别、身份证号、出生日期) 需 提供本人身份证或户口簿。

7.2 其他非关键信息(如联系人、联系电话、家庭住址等)

无需提供材料可直接办理。

8.业务流程图



— 86 —

附件 1

基本医疗保险城乡居民参保信息变更登记表

统筹区：

填报人：

联系电话：

经办机构：

□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 | | | | | | |

附件 2



吉林省医疗保障业务单



办理编号

办结日期

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 基本信息： (请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务) | | | |
| 姓 名： 性 别：  身份证号： 参 保 地： | | 年 龄：  特殊人员： | |
| 办理信息： (请您仔细核对信息内容，如与办理情况不一致，请及时调整)  业务名称：城乡居民基本信息变更  经 办 人： 联系电话： | | | |
| 提示信息 (请您仔细核对信息内容，如有问题可向业务人员咨询)  1、您申请的城乡居民基本信息变更业务已经办理完成,请您仔细核对变更信息。  2、业务办理时间：工作日(法定节假日、休息日除外)，请您合理安排时间前来办理。  3、业务咨询电话：  4、扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务。 | | | |
| 确认信息： 您所办理的城乡居民基本信息变更业务已办结。  您所办理的城乡居民基本信息变更业务不符合办理条件，原因： | | | |
| 申请人/经办人签字： | 受理人： | | 审核人： |

城乡居民续保业务流程

(经办政务服务事项清单 G002036001003\_02\_01)

为明确城乡居民续保业务的服务对象、受理条件、办理材料 明细、办理流程、办件类型、办理时限制定本流程。

1.服务对象

具有参保地户籍或在参保地居住的且存在居民医保参保记 录的非就业居民。

2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细 3.1《城乡居民基本医疗保险参保登记表》(附件 1)

3.2 身份证或户口簿、居住证/居住证明(外地人员需提供) 4.办理流程

4.1 申请

参保人员办理城乡居民续保业务时，可登录医保经办政务服 务网上大厅或到医保指定的经办服务窗口进行申请并提交材料。

4.2 受理

工作人员对参保人员申报的信息和提交材料进行受理，如填 写内容有误或材料提供不全的，不予受理，并告知原因。符合条 件后可重新申请。

4.3 审核

工作人员对受理业务进行审核，给出审核意见。

4.4 办结

打印《吉林省医疗保障业务单》(附件 2)。

4.5 送达

办结结果推送。

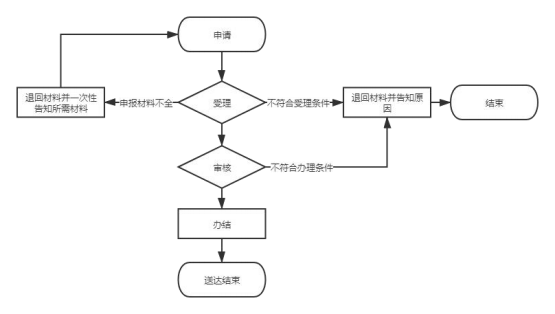
5.办件类型

即办件。

6.办理时限

即时办理。

7.业务流程图



附件 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 | 口男 口女 | 出生日期 | 年 月 | 联系电话 |  |
| 户籍所在地(居  住登记地) | 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，如口中小学儿童 口大学生 口无业成年人等) | | | | |
| 财政补助对象 | (建议列选择项打勾，如口低保 口重残 口低收入等) | | | | |
| 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 | 口经审核，符合城乡居民医保参保规定。  口经审核，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 | | | | |



基本信息：(请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务)

附件 2



吉林省医疗保障业务单

办理编号

办结日期

姓 名： 性 别：

身份证号： 参 保 地：

年 龄：

特殊人员：

|  |
| --- |
| 办理信息：(请您仔细核对信息内容，如与申报情况不一致，请及时调整)  业务名称：城乡居民参保登记业务(续保)  经 办 人： 联系方式： |
| 提示信息：(请您仔细核对信息内容，如有问题可向业务人员咨询)  1．您申请的城乡居民参保登记业务已经办理完成,请您仔细核对信息。  2．请仔细核对并按核定金额通过税务部门提供的缴费渠道缴纳医保费，以后每年在集中预缴期内  (10 月 1 日至 12 月 31 日) 也可通过此方式自主预缴下一年度医保费。 3.参保人员若无社会保障卡，可在经办窗口同时提交照片代为申领社会保障卡。 4.参保人员可通过农业银行、中国银行、工商银行、兴业银行、邮储银行建设银行、光大银行、  交通银行、中信银行、 招商银行、民生银行、广发银行手机 APP 及微信、支付宝即时开通医保电子凭 证。  5．参保人员可以登录官方网站个人信息查询界面注册、登录后查询个人信息。  6．业务办理时间：工作日(法定节假日、休息日除外)，请您合理安排时间前来办理。  7．咨询电话：  8．扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务。 |

确认信息： 您所办理的城乡居民参保登记业务(续保) 已办结。

您所办理的城乡居民参保登记业务(续保) 不符合办理条件，原因：

申请人/经办人：

受理人：

审核人：

城乡居民停保业务流程

(经办政务服务事项清单 G002036001003\_02\_02)

为明确城乡居民停保业务的服务对象、受理条件、办理材料 明细、办理流程、办件类型、办理时限及其他事项制定本流程。

1 服务对象

符合停保条件的参保居民。

2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细 3.1《城乡居民基本医疗保险参保登记表》(附件 1)。 3.2 身份证或户口簿。

4.办理流程

4.1 申请

参保人员办理城乡居民停保业务时，可登录医保经办政务服 务网上大厅或到医保经办服务窗口进行申请并提交材料。

4.2 受理

工作人员对参保人员申报的信息和提交材料进行受理，如填 写内容有误或材料提供不全的，不予受理，并告知原因。参保人 员符合条件后可重新申请。

4.3 审核

工作人员对受理业务进行审核，给出审核意见。

4.4 办结

打印《吉林省医疗保障业务单》(附件 2)。

4.5 送达

办结结果推送。

5.办件类型

即办件。

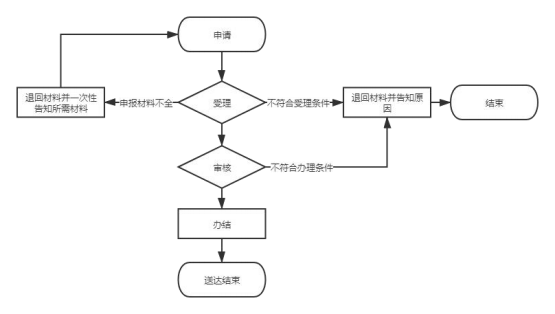
6.办理时限

即时办理。

7.其他事项

参保居民因就业等个人状态变化转参加职工医保或跨统筹 区参加居民医保等原因需办理停保。

8.业务流程图



附件 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 | 口男 口女 | 出生  日期 | 年 月 | 联系电话 |  |
| 户籍所在地(居  住登记地) | 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，如口中小学儿童 口大学生 口无业成年人等) | | | | |
| 财政补助对象 | (建议列选择项打勾，如口低保 口重残 口低收入等) | | | | |
| 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 | 口经审核，符合城乡居民医保参保规定。  口经审核，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 | | | | |



基本信息： (请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务)

附件 2



吉林省医疗保障业务单

办理编号

办结日期

姓 名： 性 别：

身份证号： 参 保 地：

年 龄：

特殊人员：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 办理信息： (请您仔细核对信息内容，如与申报情况不一致，请及时调整)  业务名称：城乡居民停保登记业务  经 办 人： 联系方式： | | |
| 提示信息： (请您仔细核对信息内容，如有问题可向业务人员咨询)  1．您申请的城乡居民停保登记业务已经办理完成,请您仔细核对信息。  2．参保人员可以登录官方网站个人信息查询界面注册、登录后查询个人信息。  3．业务办理时间：工作日(法定节假日、休息日除外)，请您合理安排时间前来办理。  4．咨询电话：  5．扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务。 | | |
| 确认信息： 您所办理的城乡居民停保登记业务已办结。  您所办理的城乡居民停保登记业务不符合办理条件，原因： | | |
| 申请人/经办人： | 受理人： | 审核人： |

居民死亡退保业务流程

(经办政务服务事项清单 G002036001003\_02\_03)

为明确居民死亡退保业务的服务对象、受理条件、办理材料 明细、办理流程、办件类型、办理时限制定本流程。

1.服务对象

符合退保条件的参保居民。

2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细

3.1《城乡居民基本医疗保险参保登记表》

3.2 代办人身份证和《居民死亡医学证明(推断书)》 4.办理流程

4.1 申请

参保人员办理居民死亡退保业务时，可登录医保经办政务服 务网上大厅或到医保经办服务窗口进行申请并提交材料。

4.2 受理

工作人员对参保人申报的信息和提交材料进行受理，如填写 内容有误或材料提供不全的，不予受理，并告知原因。参保单位 符合条件后可重新申请。

4.3 审核

工作人员对受理业务进行审核，给出审核意见。

4.4 办结

打印《吉林省医疗保障业务单》(附件 2)

4.5 送达

办结结果推送。

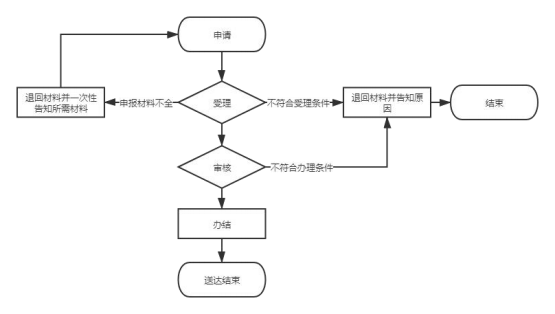
5.办件类型

即办件

6.办理时限

即时办理

7.业务流程图



附件 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 | 口男 口女 | 出生  日期 | 年 月 | 联系电话 |  |
| 户籍所在地(居  住登记地) | 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，如口中小学儿童 口大学生 口无业成年人等) | | | | |
| 财政补助对象 | (建议列选择项打勾，如口低保 口重残 口低收入等) | | | | |
| 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 | 口经审核，符合城乡居民医保参保规定。  口经审核，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 | | | | |



基本信息： (请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务)

附件 2



吉林省医疗保障业务单

办理编号

办结日期

姓 名： 性 别：

身份证号： 参 保 地：

年 龄：

特殊人员：

办理信息： (请您仔细核对信息内容，如与申报情况不一致，请及时调整)

业务名称：城乡居民死亡退保登记业务

经 办 人： 联系方式：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 提示信息： (请您仔细核对信息内容，如有问题可向业务人员咨询)  1．您申请的城乡居民死亡退保登记业务已经办理完成,请您仔细核对信息。  2．业务办理时间：工作日(法定节假日、休息日除外)，请您合理安排时间前来办理。  3．咨询电话：  4．扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务。 | | |
| 确认信息： 您所办理的城乡居民死亡退保登记业务已办结。  您所办理的城乡居民死亡退保登记业务不符合办理条件，原因： | | |
| 申请人/经办人： | 受理人： | 审核人： |

参保单位参保信息查询业务流程

(经办政务服务事项清单 G002036002001)

为明确参保单位参保信息查询业务的服务对象、受理条件、 办理材料明细、办理流程、办件类型、办理时限制定本流程。

1.服务对象

参保单位(由单位经办人办理) 。

2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细

3.1 经办人身份证

3.2 参保单位介绍信

4.办理流程

4.1 申请

4.1.1 参保单位经办人可登录医保经办政务服务网上大厅进 行查询。

4.1.2 参保单位经办人也可凭经办人身份证及单位介绍信到 经办服务窗口查询。

4.2 受理

经办人在医保政务服务网上大厅自助查询信息，系统自动受 理；若到服务窗口查询信息，工作人员对参保单位提供的办理材 料进行审核受理，如材料提供不全，不予受理。参保单位符合条

件后可重新申请。

4.3 审核

工作人员对受理业务进行审核。

4.4 办结

打印《吉林省医疗保障业务单》(附件 1) 和(按查询内容 出具明细) (范例 1、2) 。

4.5 送达

办理结果推送。

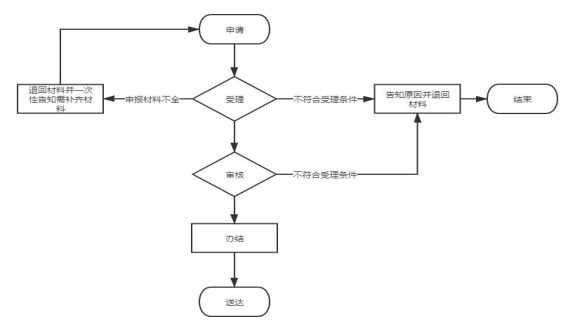
5.办件类型

即办件。

6.办理时限

即时办理。

7.业务流程图



基本信息： (请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务)

附件 1



吉林省医疗保障业务单

办理编号

登记日期

单位名称：

单位性质：

法人姓名：

开户银行：

社会统一信用代码：

通讯地址：

法人联系电话：

银行账号：

办理信息： (请您仔细核对信息内容，如与办理情况不一致，请及时调整)

业务名称：单位参保信息查询 查询信息：

经 办 人： 联系电话：

是否需提供明细：

提示信息： (请您仔细核对信息内容，如有问题可向业务人员咨询)

1、您申请的单位参保信息查询业务已经办理完成,请您仔细核对信息。

2、业务办理时间：工作日(法定节假日、休息日除外) ，请您合理安排时间前来办理。

3、业务咨询电话：

4、扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务。

5、更多政策信息、经办流程请登录 官方网站 或 微

信公众号进行查询。

确认信息： 您所办理的单位参保信息查询业务已办结。

您所办理的单位参保信息查询业务不符合办理条件，原因：

申请人/经办人签字： 受理人： 审核人：



—

103 —

范例 1

吉林省医疗保险单位参保凭证

凭证号：(省简称)(统筹区名)年份(第\*\*\*\*\*\*号)

生成日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本信息 | | | | | | | | | | | | | |
| 单位名称 | |  | | | 单位编号 | | |  | | | 单位性质 |  | |
| 统筹区 | |  | | | 经办机构 | | |  | | | 社会统一信用代码 |  | |
| 法人姓名 | |  | | | 开户银行 | | |  | | | 银行账号 |  | |
| 法人联系电话 | |  | | | 通讯地址 | | |  | | | | | |
| 参保信息 | | | | | | | | | | | | | |
| 参保总人数 |  | | 在职人数 |  | | 退休人数 |  | | 离休人数 |  | 六级及以上伤残军人人数 | |  |
| 享受二级保健对象人数 | |  | | | 享受省级及以上 劳模待遇人数 | | |  | | | 享受建国前退休待遇人数 | |  |
| 参保险种 | |  | | | | | | | | | 首次参保登记时间 | |  |
| 基本医疗保险 | |  | | | 缴费起止时间 | | |  | | | 缴费状态 | |  |
| 大额医疗补充保险 | |  | | | 缴费起止时间 | | |  | | | 缴费状态 | |  |
| 长期护理保险 | |  | | | 缴费起止时间 | | |  | | | 缴费状态 | |  |
| 公务员医疗补助 (企业补充保险) | |  | | | 缴费起止时间 | | |  | | | 缴费状态 | |  |
| 经办人 | |  | | | 经办人联系电话 | | |  | | | | | |

备注说明：

1、以上信息均截止到打印日期为止。

2、缴费及医保待遇详细信息请登录医保政务服务网上大厅查询。

— 104 —

范例 2

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| \*\*\*参保单位花名册(范例) | | | | | | | | | | | | | |
| 统筹区： | 生成日期： | | | | | | | | | | | | |
| 个人  编号 | 姓名 | 性别 | 身份证号 | 出生  日期 | 参加工作 日期 | 人员  类别 | 参保  状态 | 参保时 间(起) | 参保时 间(止) | 累计缴费 月数 | 保健  标识 | 劳模  标识 | 月缴费  基数 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 在职人数: 人, 退休人数: 人, 离休人数: 人,六级及以上残疾军人人数: 人, 保健对象人数: 人 | | | | | | | | | | | | | |

参保人员参保信息查询业务流程

(经办政务服务事项清单 G002036002002)

为明确参保人员参保信息查询业务的服务对象、受理条件、 办理材料明细、办理流程、办件类型、办理时限制定本流程。

1.服务对象

参保人员。

2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细

本人医保电子凭证或身份证或社保卡

4.办理流程

4.1 申请

4.1.1 参保人员可登录医保经办政务服务网上大厅进行查询

4.1.2 参保人员也可提供本人电子凭证或身份证或社保卡到 医保经办服务窗口查询

4.2 受理

参保人员在医保经办政务服务网上大厅自助查询信息，系统 自动受理；若到医保经办服务窗口查询信息，工作人员对参保人 员提供的办理材料进行审核受理，如材料提供不全，不予受理。 参保人员符合条件后可重新申请。

4.3 审核

工作人员对受理业务进行审核。

4.4 办结

打印《吉林省医疗保障业务单》(附件 1)(按查询内容出具 相关明细)(范例 1)。

4.5 送达

办结结果推送。

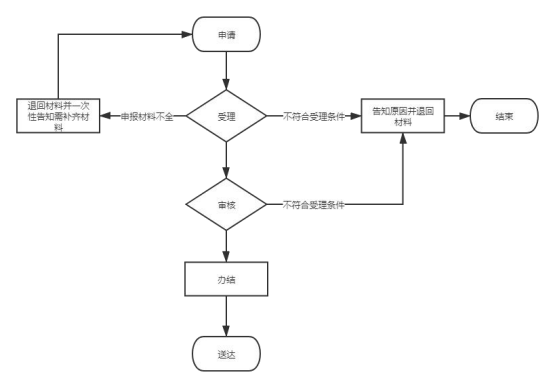
5.办件类型

即办件。

6.办理时限

即时办理。

7.业务流程图



附件 1



办理编号

吉林省医疗保障业务单

办结日期

基本信息： (请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务)

姓 名：

身份证号：

人员类别：

单位名称：

性 别：

参 保 地：

保健对象：

单位编码：

年 龄：

医 保 号：

特殊人员：

联系电话：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 办理信息： (请您仔细核对信息内容，如与办理情况不一致，请及时调整) | | | |
| 业务名称：人员参保信息查询  经 办 人：  是否需提供明细： | | 查询信息：  联系电话： | |
| 提示信息： (请您仔细核对信息内容，如有问题可向业务人员咨询)  1、您申请的参保人员参保信息查询业务已经办理完成,请您仔细核对信息。  2、业务办理时间：工作日(法定节假日、休息日除外)，请您合理安排时间前来办理。  3、业务咨询电话：  4、扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务。  5、更多政策信息、经办流程请登录 官方网站 或 微  信公众号进行查询。 | | | |
| 确认信息： 您所办理的人员参保信息查询业务已办结。  您所办理的人员参保信息查询业务不符合办理条件，原因： | | | |
| 申请人/经办人签字： | 受理人： | | 审核人： |

范例 1

— 108 —

基本医疗保险参保凭证

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 | |  | | 统筹区 |  | |
| 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)￥ | |

医保档案查询利用业务流程

(经办政务服务事项清单-J002036002009)

本标准包括医保档案查询利用申报范围、申报材料、业务 流程、办理时限及其他事项。

1.服务对象

参保单位查询医保业务档案人员。

2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细 3.1.1《医疗保险业务档案利用登记单》(附件 1)

3.1.2 本人电子医保凭证或身份证或社保卡等相关有效证 件，若代办需同时提供代办人有效证件

4.业务流程

4.1 申请

参保单位或参保人员办理档案查询利用业务时， 通过现 场、电话、或登录医保政务服务网上大厅进行申请。注明查询 的档案及基本信息。

4.2 受理

对参保单位或参保人申报查询的档案及基本信息进行受 理，综合窗口查看查询利用人员身份信息和医保档案查询利用

登记单填写是否规范，要件是否齐全。如查询信息申报或填写 内容有误的， 不予受理， 并告知原因， 符合条件后可重新申 请。

4.3 审核

4.3.1 档案管理部门查询

档案管理部门根据综合窗口受理的材料进行档案查询。

4.3.2 档案管理部门核验 对查询内容进行核验

4.3.3 制单

打印《医疗保险业务档案利用登记单》 (附件 1)

4.4 办结

出具《医疗保险业务档案利用登记单》 (附件 1)

4.5 送达

阅览现场；复制、摘录邮寄送达。

5.办件类型

承诺件。

6.办理时限

6.1 现场查阅

即时办结。

6.2 复印件借阅

即时办结(7 个工作日内邮寄送达) 。

7.其他事项

办理该业务需现填写《医疗保险业务档案利用登记单》 (附件 1)

8.业务流程图



图 1 医保档案查询利用业务流程

附件 1

医疗保险业务档案利用登记单

编号：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用人 |  | 利用单位 |  | 利用日期 |  |
| 利用内容 |  | | | | |
| 利用目的 |  | | | | |
| 利用方式 | 阅览□ 复制□ 摘录□ 外借□ 其他□ | | | | |
| 借出经手人 |  | 归还经手人 |  | 归还时间 |  |
| 案卷号 |  | 件号/页次 |  | 页数 |  |
| 利用效果 |  | | | | |
| 备注  (送达方式) | 填写 EMS 单号 | | | | |

利用人(签字):

档案管理负责人：

联系方式：

制表日期：

邮寄地址：

参保单位开具参保证明业务流程

(经办政务服务事项清单 G002036003001\_02)

为明确参保单位开具参保证明业务的服务对象、受理条件、 办理材料明细、办理流程、办件类型、办理时限及其他事项制定 本流程。

1.服务对象

参保单位(由单位经办人办理) 。

2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细

3.1 经办人身份证

3.2 参保单位介绍信

4.办理流程

4.1 申请

4.1.1 参保单位经办人可登录医保经办政务服务网上大厅打 印单位参保证明

4.1.2 经办人也可凭经办人身份证及参保单位介绍信到医保 经办服务窗口打印单位参保证明

4.2 受理

经办人在医保经办政务服务网上大厅自助打印单位参保证 明，系统自动受理；若到医保经办服务窗口打印单位参保证明，

工作人员对参保单位提供的办理材料进行审核受理，如材料提供 不全，不予受理，符合条件后可重新申请。

4.3 审核

工作人员对受理业务进行审核，给出审核意见。

4.4 办结

打印《吉林省医疗保障业务单》(附件 1) 和《基本医疗保 险参保凭证》(附件 2) 。

4.5 送达

办结结果推送。

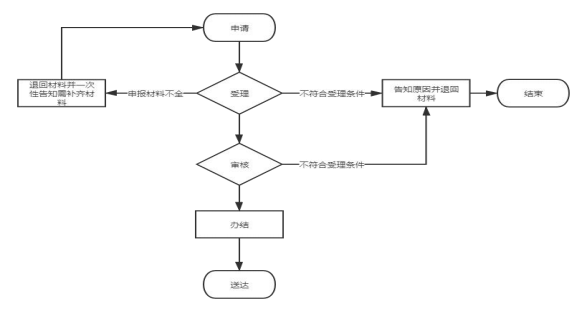
5.办件类型

即办件。

6.办理时限

即时办理。

7.业务流程图





附件 1



办理编号

吉林省医疗保障业务单

办结日期

基本信息： (请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务)

单位名称：

单位性质：

法人姓名：

开户银行：

社会统一信用代码：

通讯地址：

法人联系电话：

银行账号：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 办理信息： (请您仔细核对信息内容，如与办理情况不一致，请及时调整)  业务类型：参保单位开具参保证明业务  经 办 人： 联系电话： | | |
| 提示信息： (请您仔细核对信息内容，如有问题可向业务人员咨询)  1、您申请的参保单位开具参保证明业务已经办理完成，请仔细核对信息。  2、业务办理时间：工作日(法定节假日、休息日除外) ，请您合理安排时间前来办理。  3、业务咨询电话：  4、扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务。  5、更多政策信息、经办流程请登录 官方网站 或 微信  公众号进行查询。 | | |
| 确认信息： 您所办理的参保单位开具参保证明业务已办结。  您所办理的参保单位开具参保证明业务不符合办理条件，原因： | | |
| 申请人/经办人： | 受理人： | 审核人： |

— 116 —

附件 2

吉林省医疗保险单位参保凭证

凭证号： (省简称) (统筹区名) 年份(第\*\*\*\*\*\*号)

生成日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本信息 | | | | | | | | | | | | |
| 单位名称 | |  | | | 单位编号 | | |  | | | 单位性质 |  |
| 统筹区 | |  | | | 经办机构 | | |  | | | 社会统一信用代码 |  |
| 法人姓名 | |  | | | 开户银行 | | |  | | | 银行账号 |  |
| 法人联系电话 | |  | | | 通讯地址 | | |  | | | | |
| 参保信息 | | | | | | | | | | | | |
| 参保总人数 |  | | 在职人数 |  | | 退休人数 |  | | 离休人数 |  | 六级及以上伤残军 人人数 |  |
| 享受二级保健对象 人数 | |  | | | 享受省级及以上劳模 待遇人数 | | |  | | | 享受建国前退休待 遇人数 |  |
| 参保险种 | |  | | | | | | | | | 首次参保登记时间 |  |
| 基本医疗保险 | |  | | | 缴费起止时间 | | |  | | | 缴费状态 |  |
| 大额医疗补充保险 | |  | | | 缴费起止时间 | | |  | | | 缴费状态 |  |
| 长期护理保险 | |  | | | 缴费起止时间 | | |  | | | 缴费状态 |  |
| 公务员医疗补助 (企业补充保险) | |  | | | 缴费起止时间 | | |  | | | 缴费状态 |  |
| 经办人 | |  | | | 经办人联系电话 | | |  | | | | |

备注说明：

1、以上信息均截止到打印日期为止。

2、缴费及医保待遇详细信息请登录医保政务服务网上大厅查询。

3、咨询电话：

职工开具参保凭证业务流程

(经办政务服务事项清单 G002036003001\_01)

为明确职工开具参保凭证业务的服务对象、受理条件、办理 材料明细、办理流程、办件类型、办理时限制定本流程。

1.服务对象

参保人员。

2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细

医保电子凭证或身份证或社保卡。

4.办理流程

4.1 申请

4.1.1 参保人员登录医保经办政务服务网上大厅打印参保凭 证

4.1.2 参保人员也可凭医保电子凭证或身份证或社保卡到医 保经办服务窗口打印参保凭证

4.2 受理

参保人员在医保政务服务网上大厅自助打印参保凭证，系统 自动受理；若到服务窗口打印参保凭证，工作人员对参保人提供 的办理材料进行审核受理，如材料提供不全，不予受理，符合条 件后可重新申请。

4.3 审核

工作人员对受理业务进行审核，给出审核意见。

4.4 办结

打印《吉林省医疗保障业务单》(附件 1) 和《基本医疗保 险参保凭证》(附件 2)。

4.5 送达

办结结果推送。

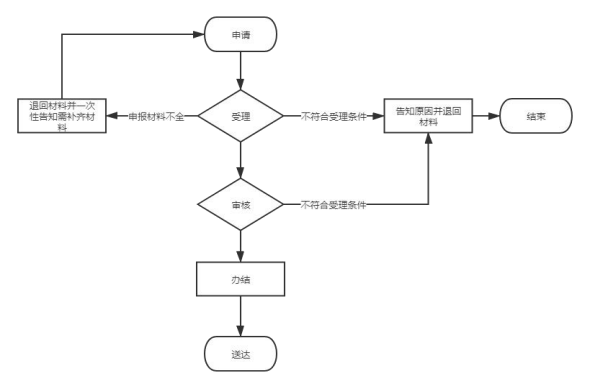
5.办件类型

即办件。

6.办理时限

即时办理。

7.业务流程图





附件 1



办理编号

吉林省医疗保障业务单

办结日期

基本信息： (请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务)

姓 名：

身份证号：

人员类别：

单位名称：

性 别：

参 保 地：

保健对象：

单位编码：

年 龄：

医 保 号：

特殊人员：

联系电话：

办理信息：(请您仔细核对信息内容，如与办理情况不一致，请及时调整)

业务类型：职工开具参保证明

经 办 人： 联系电话：

提示信息： (请您仔细核对信息内容，如有问题可向业务人员咨询)

1、您申请的职工开具参保证明业务已经办理完成，请仔细核对信息。

2、请核对您的参保年限及个人账户金额。

3、业务办理时间：工作日(法定节假日、休息日除外)，请您合理安排时间前来办理。

4、业务咨询电话：

5、扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务。

6、更多政策信息、经办流程请登录 官方网站 或 微信

公众号进行查询。

确认信息： 您所办理的职工开具参保证明业务已办结。

您所办理的职工开具参保证明不符合办理条件，原因：

申请人/经办人： 受理人： 审核人：



— 120 —

附件 2

基本医疗保险参保凭证

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。 | | | | | | |

医疗保险关系转移业务流程

(经办政务服务事项清单 G002036003002\_01)

为明确医疗保险关系转移业务的服务对象、受理条件、办理 材料明细、办理流程、办件类型、办理时限及其他事项制定本流 程。

1.服务对象

符合医疗保险转移条件的参保职工。

2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细

3.1 医保电子凭证或身份证或社保卡。

3.2 转入地医保经办机构出具的《基本医疗保险关系转移接

续联系函》(附件 1)。

4.办理流程

4.1 申请

参保人员办理医疗保险关系转移业务时，可登录医保经办政 务服务网上大厅或到医保经办服务窗口进行申请并提交材料

4.2 受理

工作人员对参保人员申报的信息和提交材料进行受理，打印 《吉林省医疗保障业务单》(附件 2)。如填写内容有误或材料提 供不全的，不予受理，并告知原因。参保人员符合条件后可重新

申请。

4.3 审核

对受理业务进行审核，给出审核意见。

4.4 办结

打印《吉林省医疗保障业务单》(附件 3) 及《参保人员基 本医疗保险信息表》(附件 4)。

4.5 送达

办理结果推送。

5.办件类型

承诺件

6.办理时限

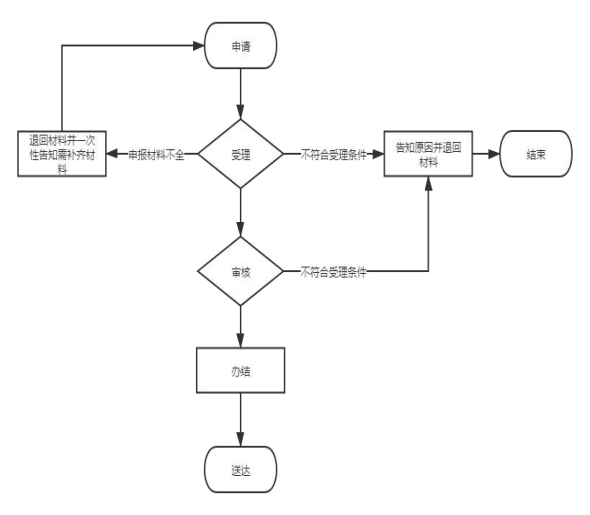
10 个工作日

7.其他事项

7.1 账户转移金额以《参保人员基本医疗保险信息表》(附 件 4) 为准。

7.2 退役军人凭《军人退役医疗保险个人账户转移凭证》到 转入地经办机构直接办理医保关系接续(无需打印《基本医疗保 险关系转移接续联系函》、《参保人员基本医疗保险信息表》(附 件 4))。因《军人退役医疗保险个人账户转移凭证》(附件 5) 中 个人账户转移金额部队已经返还给个人，故只需要将年限接续即 可。

8.业务流程图



— 124 —

附件 1

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： (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(公章) ：

联系电话：

日期： 年 月 日

附件 2



吉林省医疗保障业务单



受理编号

受理日期

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 基本信息：(请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务) | | |
| 姓 名：  身份证号：  人员类别：  单位名称： | 性 别：  参 保 地：  保健对象：  单位编码： | 年 龄：  医 保 号：  特殊人员：  联系电话： |
| 申报信息：(请您仔细核对信息内容，如与申报情况不一致，请及时调整)  业务类型： 医疗保险关系转移业务  经 办 人： 联系电话： | | |
| 提供材料：  医保电子凭证或身份证或社保卡  转入地医保经办机构出具的《基本医疗保险关系转移接续联系函》 | | |

确认信息：您所申报医疗保险关系转移业务已受理，办理时限为 10 个工作日，您可拨打 查 询业务办理进度，也可扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务办理进度。

您所申报医疗保险关系转移业务不符合受理条件，原因：

申请人/经办人：

受理人：

附件 3



吉林省医疗保障业务单



办理编号

办结日期

基本信息：(请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务)

姓 名：

身份证号：

人员类别：

单位名称：

性 别：

参 保 地：

保健对象：

单位编码：

年 龄：

医 保 号：

特殊人员：

联系电话：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 办理信息：(请您仔细核对信息内容，如与办理情况不一致，请及时调整) | | |
| 业务类型： 医疗保险关系转移  转出金额：  经 办 人：  经办渠道：(单位/个人) | 现参保地：  转出年限：  联系电话： | |
| 提示信息：(请您仔细核对信息内容，如有问题可向业务人员咨询)  1、您申请的医疗保险关系转移业务已经办理完成，请仔细核对信息。  2、业务办理时间：工作日(法定节假日、休息日除外)，请您合理安排时间前来办理。  3、业务咨询电话：  4、扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务。  5、更多政策信息、经办流程请登录 官方网站 或 微 信公众号进行查询。 | | |
| 确认信息： 您所办理的医疗保险关系转移业务已办结。  您所办理的医疗保险关系转移业务不符合办理条件，原因： | | |
| 申请人/经办人： | 受理人： | 审核人： |

— 127 —

附件 4

参保人员姓名：

号码：

参保人员基本医疗保险信息表

(此表由转出地社会保险经办机构提供给转入地社会保险经办机构)

身份证件

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 | |  |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |  |  |
| 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： 社会保险经办机构(章) ： 日期： 年 月 日

— 128 —

附件 5

军人退役医疗保险个人账户转移凭证

编号

填制日期 年 月 日 金额单位(元)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 人员类别 |  | 职级(档次) |  | 军衔(档次) |  | 入伍(工作) 时间 | |  |
| 退役时所在单位 |  | | 接收单位 | |  | | 社会保障号 | | |  |
| 缴费起始时间 | |  | | | 缴费截至时间 | | | |  | |
| 截止上年末资金 累计额 | 项目 | | | 合计 | 当年资金累计额 | | 项目 | | | 合计 |
| 小计 | | |  | 小计 | | |  |
| 1.个人缴费 | | |  | 1.个人缴费 | | |  |
| 2.国家补助 | | |  | 2.国家补助 | | |  |
| 3.军龄补助 | | |  | 3.军龄补助 | | |  |
| 4.地方转入 | | |  | 4.地方转入 | | |  |
| 5.利息 | | |  | 5.利息 | | |  |
| 其中：个人缴费部分利息 | | |  | 其中：个人缴费部分利息 | | |  |
| 个人账户资金转移金额 | | | (大写) | | | | | | (小写) | |
| 备注 |  | | | | | | | | (盖章) | |

医疗保险关系接续业务流程

(经办政务服务事项清单 G002036003002\_02)

为明确医疗保险关系接续业务的服务对象、受理条件、办理 材料明细、办理流程、办件类型、办理时限及其他事项制定本流 程。

1.服务对象

符合医疗保险关系接续条件的参保职工。

2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细

3.1 普通参保人

3.1.1 转出地出具的《参保人员基本医疗保险信息表》(附 件 2)

3.1.2《基本医疗保险参保凭证》(附件 1)

3.2 退役军人

部队开具的《军人退役医疗保险个人账户转移凭证》(附件 3)。

4.办理流程

4.1 申请

参保人员办理医疗保险关系接续业务时，可登录医保经办政 务服务网上大厅或到医保经办服务窗口进行申请并提交材料。

4.2 受理

工作人员对参保单位或参保人员申报的信息和提交材料进 行受理，打印《吉林省医疗保障业务单》(附件 4)。如填写内容 有误或材料提供不全的，不予受理，并告知原因。符合条件后可 重新申请。

4.3 审核

工作人员对受理业务进行审核，给出审核意见。

4.4 办结

打印《吉林省医疗保障业务单》(附件 5)。

4.5 送达

办理结果推送。

5.办件类型

承诺件。

6.办理时限

10 个工作日。

7.其他事项

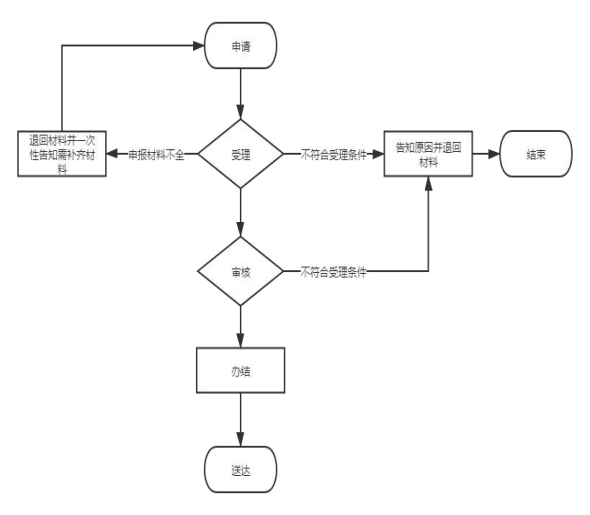
7.1 账户接续金额以《参保人员基本医疗保险信息表》(附 件 2) 为准。

7.2 退役军人凭《军人退役医疗保险个人账户转移凭证》到 转入地经办机构直接办理医保关系接续(无需打印《基本医疗保 险关系转移接续联系函》、《参保人员基本医疗保险信息表》(附 件 2)。因《军人退役医疗保险个人账户转移凭证》(附件 3) 中

个人账户转移金额部队已经返还给个人，故只需要将年限接续即

可。

8.业务流程图



— 132 —

附件 1

基本医疗保险参保凭证

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。 | | | | | | |

— 133 —

附件 2

参保人员基本医疗保险信息表

(此表由转出地社会保险经办机构提供给转入地社会保险经办机构)

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 |  |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |  |
| 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： 社会保险经办机构(章) ： 日期： 年 月 日

— 134 —

附件 3

军人退役医疗保险个人账户转移凭证

编号

填制日期 年 月 日 金额单位( 元)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 人员类别 |  | 职级(档次) |  | 军衔(档次) |  | 入伍(工作) 时间 | |  |
| 退役时所在单位 |  | | 接收单位 | |  | | 社会保障号 | | |  |
| 缴费起始时间 | |  | | | 缴费截至时间 | | | |  | |
| 截止上年末资金 累计额 | 项目 | | | 合计 | 当年资金累计额 | | 项目 | | | 合计 |
| 小计 | | |  | 小计 | | |  |
| 1.个人缴费 | | |  | 1.个人缴费 | | |  |
| 2.国家补助 | | |  | 2.国家补助 | | |  |
| 3.军龄补助 | | |  | 3.军龄补助 | | |  |
| 4.地方转入 | | |  | 4.地方转入 | | |  |
| 5.利息 | | |  | 5.利息 | | |  |
| 其中：个人缴费部分利息 | | |  | 其中：个人缴费部分利息 | | |  |
| 个人账户资金转移金额 | | | (大写) | | | | | | (小写) | |
| 备注 |  | | | | | | | | (盖章) | |

附件 4



受理编号

吉林省医疗保障业务单

受理日期



基本信息：(请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务)

姓 名：

身份证号：

人员类别：

单位名称：

性 别：

参 保 地：

保健对象：

单位编码：

年 龄：

医 保 号：

特殊人员：

联系电话：

申报信息：(请您仔细核对信息内容，如与申报情况不一致，请及时调整)

业务类型： 医疗保险关系接续业务

经 办 人： 联系电话：

提供材料：

转出地出具的《参保人员基本医疗保险信息表》

 《基本医疗保险参保凭证》

部队开具的《军人退役医疗保险个人账户转移凭证》



确认信息： 您所申报医疗保险关系接续业务已受理，办理时限为 10 个工作日，您可拨打 业务办理进度，也可扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务办理进度。

您所申报医疗保险关系接续业务不符合受理条件， 原因：

申请人/经办人：

受理人：



附件 5



吉林省医疗保障业务单

办理编号

办结日期

基本信息： (请您仔细核对信息内容，如有问题可向业务人员咨询)

姓 名：

身份证号：

人员类别：

单位名称：

性 别：

参 保 地：

保健对象：

单位编码：

年 龄：

医 保 号：

特殊人员：

联系电话：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 办理信息 (请您仔细核对信息内容，如有问题可向业务人员咨询) | | |
| 业务类型： 医疗保险关系接续  转入金额：  经 办 人： | 原参保地：  转入年限：  联系电话： | |
| 提示信息：(请您仔细核对信息内容，如有问题可向业务人员咨询)  1、您申请的医疗保险关系接续已经办理完成，请仔细核对信息。  2、请核对您的参保年限及个人账户金额。  3、业务办理时间：工作日(法定节假日、休息日除外)，请您合理安排时间前来办理。  4、业务咨询电话：  5、扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务。  6、多政策信息、经办流程请登录 官方网站 或 微信公  众号进行查询。 | | |
| 确认信息： 您所办理的医疗保险关系接续业务已办结。  您所办理的医疗保险关系接续业务不符合办理条件，原因： | | |
| 申请人/经办人： | 受理人： | 审核人： |

异地安置退休人员备案业务流程

(经办政务服务事项清单-G002036004001)

本流程包括异地就医业务的服务对象、受理条件、办理材料 明细、办理流程、办件类型、办理时限及其他事项制定本流程。

1.服务对象

符合异地就医备案办理条件的参保人员。

2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细

3.1 医保电子凭证或身份证或社保卡。

3.2 就医地户口薄(身份证) 。

3.3 选择自助备案方式备案的参保人需填写个人承诺书(附 件 1) 。

4.业务流程

4.1 申请

参保人或经办人在国家异地就医备案微信小程序、国家医保 服务平台 APP、吉林医保公共服务微信公众号或本统筹地区开通 的线上线下备案途径进行申请。

参保人员可根据实际情况，选择自助备案方式进行异地就医 备案，备案后异地待遇即时生效。

4.2 受理

对参保人或经办人申报的备案信息和上传材料进行受理，如 材料申报或填写内容有误的，不予受理，网上告知原因，符合条 件后可重新申请。

4.3 审核

工作人员对申报材料进行审核，给出审核意见。

4.4 办结

4.5 送达

办理结果信息推送。

5.办件类型

即办件。

6.办理时限

当日办结。

7.其他事项

7.1 长期异地就医有效期到期后仍需继续异地就医的，应办 理事前核准延期手续。如到长期异地终止日期，未再继续申请延 期的，异地就医待遇自动终止。

7.2 异地就医业务审核通过后，本地和异地医保待遇同时有 效，但参保人员在参保地和居住地发生的医疗费用，在时间、空 间上出现自相矛盾且无法提供有效证明的，医保基金不予支付。

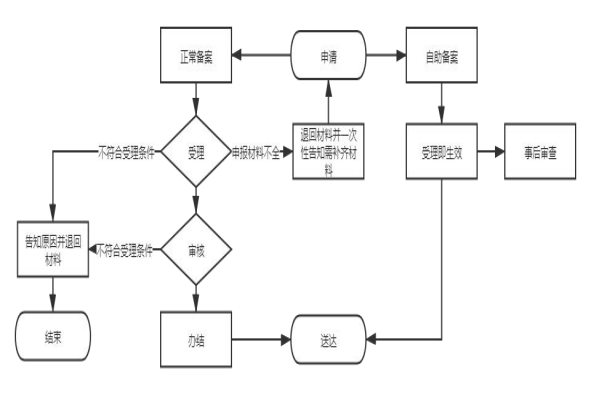
7.3 当年发生的未直接结算医疗费请于次年 3 月 31 日前到

省直医保经办服务大厅申请报销，逾期视为个人放弃该权利。

7.4 已办理长期异地就医参保人员在就医地需转诊的，需提 供提供转出医院有效诊断和转院单，可由参保地经办机构办理。

7.5 选择自助备案参保人人员需填写个人承诺书，承诺已知 自助备案业务政策，承诺已达到备案条件，承诺接受事后审查和 违规处理。

8.业务流程图



附件 1

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 |  | |
| 身份证号 |  | | 参保地 |  | 就医地 |  |
| 人员类别 | | □跨省异地长期居住人员  □跨省临时外出就医人员 | | | | |
| 人员类别说明：  (一) 跨省异地长期居住人员：指在异地居住生活且符合参保地规定的人员  (二) 跨省临时外出就医人员：主要是指异地转诊就医人员以及因工作、旅游等需急诊 就医人员。 | | | | | | |
| 需承诺的事项：  (一) 本人已知晓并全面理解该项业务的有关规定、经办要件要求。  (二) 自身能够提供满足办理该业务的准确的经办信息。  (三) 所填写的信息即承诺内容，均准确、真实、合法、有效，能够主动接受有关监管 部门的监督和管理。对填报信息不准确及违反上述承诺的行为或超出公共服务事项办理范围 的行为，与经办机构无关，原因承担相应的法律的责任。因违反有关法律法规及承诺，被撤 销相关经办业务造成的法律后果，愿自行承担。  (四) 对于自主开通服务后，如特殊原因不能跨省联网结算，同意回参保地报销。  本人签字：  年 月 日 | | | | | | |
| 说明 | 本表由参保人填写，由医保经办部门存档，两年内不得销毁。 | | | | | |

异地长期居住人员备案业务流程

(经办政务服务事项清单-G002036004002)

本流程包括异地就医业务的服务对象、受理条件、办理材料 明细、办理流程、办件类型、办理时限及其他事项制定本流程。

1.服务对象

符合异地就医备案办理条件的参保人员。

2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细

3.1 医保电子凭证或身份证或社保卡。

3.2 居住证或居住证明。

3.3 选择自助备案方式备案的参保人需填写个人承诺书(附 件 1)。

4.业务流程

4.1 申请

参保人或经办人在国家异地就医备案微信小程序、国家医保 服务平台 APP、吉林医保公共服务微信公众号或本统筹地区开通 的线上线下备案途径进行申请。

参保人员可根据实际情况，选择自助备案方式进行异地就医 备案，备案后异地待遇即时生效。

4.2 受理

对参保人或经办人申报的备案信息和上传材料进行受理，如 材料申报或填写内容有误的，不予受理，网上告知原因，符合条 件后可重新申请。

4.3 审核

工作人员对申报材料进行审核，给出审核意见。

4.4 办结

4.5 送达

办理结果信息推送。

5.办件类型

即办件。

6.办理时限

当日办结。

7.其他事项

7.1 长期异地就医有效期到期后仍需继续异地就医的，应办 理事前核准延期手续。如到长期异地终止日期，未再继续申请延 期的，异地就医待遇自动终止。

7.2 异地就医业务审核通过后，本地和异地医保待遇同时有 效，但参保人员在参保地和居住地发生的医疗费用，在时间、空 间上出现自相矛盾且无法提供有效证明的，医保基金不予支付。

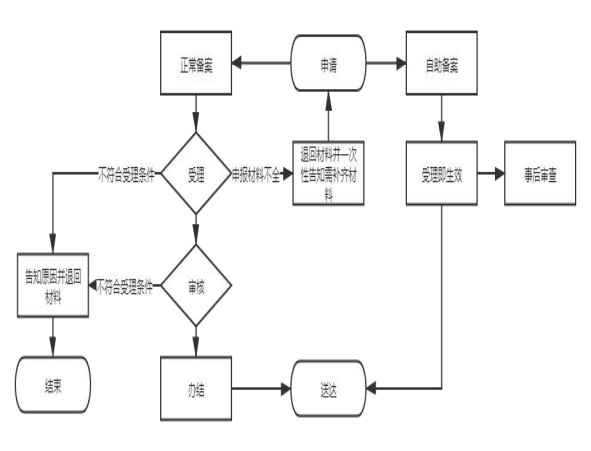
7.3 当年发生的未直接结算医疗费请于次年 3 月 31 日前到

省直医保经办服务大厅申请报销，逾期视为个人放弃该权利。

7.4 已办理长期异地就医参保人员在就医地需转诊的，需提 供提供转出医院有效诊断和转院单，可由参保地经办机构办理。

7.5 选择自助备案参保人人员需填写个人承诺书，承诺已知 自助备案业务政策，承诺已达到备案条件，承诺接受事后审查和 违规处理。

8.业务流程图



附件 1

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 |  | |
| 身份证号 |  | | 参保地 |  | 就医地 |  |
| 人员类别 | | □跨省异地长期居住人员  □跨省临时外出就医人员 | | | | |
| 人员类别说明：  (一) 跨省异地长期居住人员：指在异地居住生活且符合参保地规定的人员  (二) 跨省临时外出就医人员：主要是指异地转诊就医人员以及因工作、旅游等需急诊 就医人员。 | | | | | | |
| 需承诺的事项：  (一) 本人已知晓并全面理解该项业务的有关规定、经办要件要求。  (二) 自身能够提供满足办理该业务的准确的经办信息。  (三) 所填写的信息即承诺内容，均准确、真实、合法、有效，能够主动接受有关监管 部门的监督和管理。对填报信息不准确及违反上述承诺的行为或超出公共服务事项办理范围 的行为，与经办机构无关，原因承担相应的法律的责任。因违反有关法律法规及承诺，被撤 销相关经办业务造成的法律后果，愿自行承担。  (四) 对于自主开通服务后，如特殊原因不能跨省联网结算，同意回参保地报销。  本人签字：  年 月 日 | | | | | | |
| 说明 | 本表由参保人填写，由医保经办部门存档，两年内不得销毁。 | | | | | |

常驻异地工作人员备案业务流程

(经办政务服务事项清单 G002036004003)

本流程包括异地就医业务的服务对象、受理条件、办理材料 明细、办理流程、办件类型、办理时限及其他事项制定本流程。

1.服务对象

符合异地就医备案办理条件的参保人员。

2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细

3.1 医保电子凭证或身份证或社保卡。

3.2 单位情况说明或其他有效证明材料。

3.3 选择自助备案方式备案的参保人需填写个人承诺书(附 件 1)。

4.业务流程

4.1 申请

参保人或经办人在国家异地就医备案微信小程序、国家医保 服务平台 APP、吉林医保公共服务微信公众号或本统筹地区开通 的线上线下备案途径进行申请。

参保人员可根据实际情况，选择自助备案方式进行异地就医 备案，备案后异地待遇即时生效。

4.2 受理

对参保人或经办人申报的备案信息和上传材料进行受理，如 材料申报或填写内容有误的，不予受理，网上告知原因，符合条 件后可重新申请。

4.3 审核

工作人员对申报材料进行审核，给出审核意见。

4.4 办结

4.5 送达

办理结果信息推送。

5.办件类型

即办件。

6.办理时限

当日办结。

7.其他事项

7.1 长期异地就医有效期到期后仍需继续异地就医的，应办 理事前核准延期手续。如到长期异地终止日期，未再继续申请延 期的，异地就医待遇自动终止。

7.2 异地就医业务审核通过后，本地和异地医保待遇同时有 效，但参保人员在参保地和居住地发生的医疗费用，在时间、空 间上出现自相矛盾且无法提供有效证明的，医保基金不予支付。

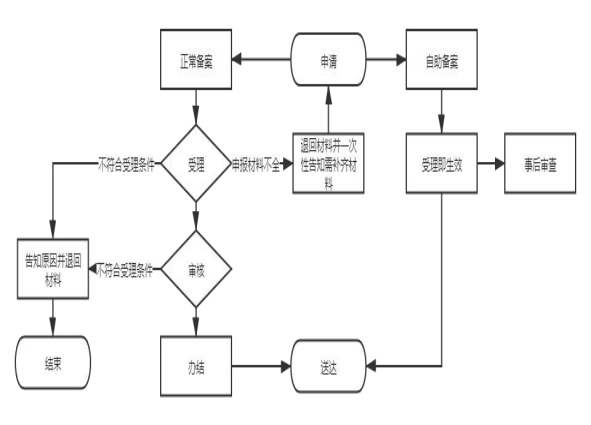
7.3 当年发生的未直接结算医疗费请于次年 3 月 31 日前到

省直医保经办服务大厅申请报销，逾期视为个人放弃该权利。

7.4 已办理长期异地就医参保人员在就医地需转诊的，需提 供提供转出医院有效诊断和转院单，可由参保地经办机构办理。

7.5 选择自助备案参保人人员需填写个人承诺书，承诺已知 自助备案业务政策，承诺已达到备案条件，承诺接受事后审查和 违规处理。

8.业务流程图



附件 1

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 |  | |
| 身份证号 |  | | 参保地 |  | 就医地 |  |
| 人员类别 | | □跨省异地长期居住人员  □跨省临时外出就医人员 | | | | |
| 人员类别说明：  (一) 跨省异地长期居住人员：指在异地居住生活且符合参保地规定的人员  (二) 跨省临时外出就医人员：主要是指异地转诊就医人员以及因工作、旅游等需急诊 就医人员。 | | | | | | |
| 需承诺的事项：  (一) 本人已知晓并全面理解该项业务的有关规定、经办要件要求。  (二) 自身能够提供满足办理该业务的准确的经办信息。  (三) 所填写的信息即承诺内容，均准确、真实、合法、有效，能够主动接受有关监管 部门的监督和管理。对填报信息不准确及违反上述承诺的行为或超出公共服务事项办理范围 的行为，与经办机构无关，原因承担相应的法律的责任。因违反有关法律法规及承诺，被撤 销相关经办业务造成的法律后果，愿自行承担。  (四) 对于自主开通服务后，如特殊原因不能跨省联网结算，同意回参保地报销。  本人签字：  年 月 日 | | | | | | |
| 说明 | 本表由参保人填写，由医保经办部门存档，两年内不得销毁。 | | | | | |

异地转诊人员备案业务经办流程

(经办政务服务事项清单-G002036004004)

为明确异地转诊人员备案业务服务对象、受理条件、办理材 料明细、办理流程、办件类型、办理时限及其他事项制定本流程。

1.服务对象

按照分级诊疗原则需要转外就医的，经具有转诊转院资格的

定点医疗机构专家会诊，所患疾病无法明确诊断或统筹区内医疗 机构无法治疗的参保人员。

2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细

3.1 普通疾病转诊转院

3.1.1 医保电子凭证或身份证或社保卡

3.1.2《基本医疗保险转外就医申请表》(见附件 1)

由他人代办的，需提供代办人身份证。

3.2 重大疾病转诊转院

医保电子凭证或身份证或社保卡。

4 办理流程

4.1 普通疾病转诊转院

4.1.1 申请

参保人员病情符合转诊转院要求，到具有转诊转院资格的定

点医疗机构(定点医疗机构名单可登录医保政务服务网上大厅查 询) 或至医保服务大厅进行申请。

4.1.2 受理

定点医疗机构或医保经办机构负责现场受理转诊申请。

4.1.3 审核

定点医疗机构或医保经办机构结合申请人具体病情，对转诊 转院申请进行审核。

4.1.4 办结

定点医疗机构或医保经办机构通过转诊转院申报系统，将申

请人个人信息、转诊转院信息录入系统并保存相关证明材料。生 成《吉林省医疗保障业务单》(见附件 2) 并同步至网上经办大 厅。

4.1.5 送达

定点医疗机构或医保经办机构告知参保人员转诊转院备案 已通过，可在统筹区内选择 1 家定点医疗机构享受医保待遇，划 卡结算，直接报销。

4.2 重大疾病转诊

4.2.1 申请

省内跨统筹区就医的参保人员病情符合转诊转院要求，在指

定的定点医疗机构(定点医疗机构名单可登录医保政务服务网上

大厅(以下简称“网上大厅”) 查询) 就诊后进行申请。

4.2.2 受理

定点医疗机构负责现场受理转诊申请。

4.2.3 审核

定点医疗机构确认医保身份，并根据参保人员病情，判定参

保人员患病病种属于 42 种重大疾病且实施按病种付费管理的， 出院时由医疗机构医保管理部门根据患者所患 42 种重大疾病的 病种编码办理备案。

4.2.4 办结

定点医疗机构需在参保人员在就诊期间与参保人共同填写

相关信息，输入病种编码等。在院端系统中选择医疗类别“异地 重大疾病转诊转院”进行结算。生成《吉林省医疗保障业务单》 (见附件 2) 并同步至网上经办大厅。

4.2.5 送达

定点医疗机构告知参保人员转诊转院备案已通过，在就诊定

点医疗机构享受医保待遇，划卡结算，直接报销。

5.办件类型

即办件。

6.办理时限

1 个工作日。

7.其他事项

7.1 转诊转院备案有效期至当年 12 月 31 日。

7.2 重大疾病转诊住院办理出院前上传至异地就医平台，实

现直接结算，不可以现金垫付。

7.3 省内异地就医人员在就医地发生的转诊，由就医地医保

经办机构办理；跨省异地就医人员发生的转诊，由参保地经办机 构办理。

8.业务流程图

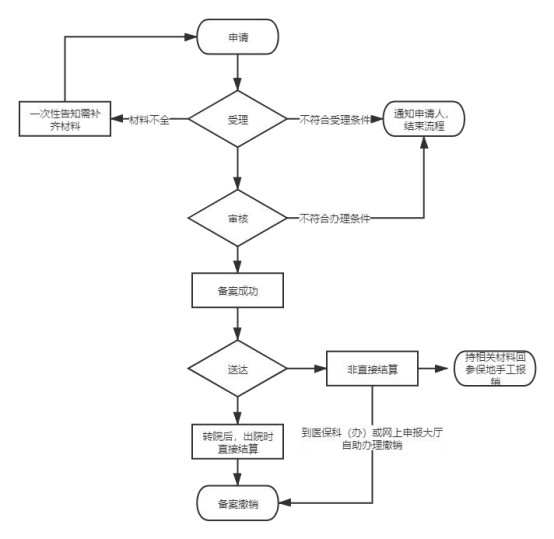


图 1 转诊转院业务流程图

附件 1

基本医疗保险转外就医申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  | 医 保  编 号 |  |
| 人 员 类 别 | 职工□ | 居民□ | | 险 种 类 别 | 医疗□ 生育□ | | |
| 主 要 病 情 及 初 诊 意 见 | 初诊医师：  年 月 日 | | | | | | |
| 会 诊 专 家 意 见 | 转诊原因：  转诊医院：  诊疗目的： | □无法诊断  □无法治疗  □诊断  □治疗 | | 医院医保管理部门意见 | 审核人签章：  联系电话：  (印 章)  年 月 日 | | |
| 会诊医师：  年 月 日 | | |

注：应清晰、详细、明确填写病情及初诊意见。

附件 2



吉林省医疗保障业务单



办理编号

办结日期

基本信息：(请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务)

姓 名：

身份证号：

人员类别：

单位名称：

性 别：

参 保 地：

保健对象：

单位编码：

年 龄：

医 保 号：

特殊人员：

联系电话：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 办理信息： (请您仔细核对信息内容，如与办理情况不一致，请及时调整) | | |
| 业务名称：异地转诊人员备案 登记时间：  经 办 人： | 转出医院：  开始时间：  联系电话： | 转入统筹区：  终止时间：  办理途径： |
| 提示信息： (请您仔细核对信息内容，如有问题可向业务人员咨询)  1、您申请的异地转诊人员备案业务已经办理完成,请您仔细核对信息。  2、本次转诊待遇至当次住院治疗结束。  3、若您需办理报销业务， 当年费用请于次年 3 月 31 日前至医保服务大厅申请报销。办理报销业  务请您提供：①加盖有效印章的医疗费用票据；②门诊就医提供：加盖有效印章的费用清单(票据没 有明细需提供)、门诊病历手册或门诊诊断书；③住院就医提供：加盖有效印章的费用清单、住院病历；  ④医疗费报销申请表；⑤身份证；⑥报销款项拨付至本人银行卡的，需提供本人银行卡信息；拨付至 单位经办人银行卡的，需同时提供《单位授权委托书》；拨付至代办人银行卡的，需同时提供《个人授 权委托书》；若报销本人死亡的，必须提供《单位授权委托书》； ⑦个人(单位) 授权委托书登录网站 自行下载(http:/www.jlyb.gov.cn)。  4、业务办理时间：工作日(法定节假日、休息日除外)，请您合理安排时间前来办理。  5、业务咨询电话：  6、扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务。 | | |
| 确认信息： 您所办理的异地转诊人员备案业务已办结。  您所办理的异地转诊人员备案业务不符合办理条件，原因： | | |
| 申请人/经办人： | 受理人： | 审核人： |

基本医疗保险参保人员享受门诊慢特病

病种待遇认定业务经办流程

(门诊慢性病病种待遇认定)

(经办政务服务事项清单-G002036005000\_01\_001)

为明确基本医疗保险参保人员门诊慢性病病种待遇认定业 务服务对象、受理条件、办理材料明细、办理流程、办件类型、 办理时限及其他事项制定本流程。

1.服务对象

符合门诊慢性病保障范围的参保人员。

2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细

3.1 医保电子凭证或身份证或社保卡。

3.2《门诊慢特病保障待遇认定申请表》(以下简称“申请表”， 见附件 1)。

3.3 诊断书

3.4 病历

3.5 检查检验报告单

他人代办的，需提供代办人身份证。

4.办理流程

4.1 本地

4.1.1 申请

参保人员至具有门诊慢性病认定资格的定点医疗机构(定点 医疗机构名单可登录医保政务服务网上大厅(以下简称“网上大 厅”) 查询) 进行申请，填写申请表。

4.1.2 受理

定点认定医疗机构负责现场受理门诊慢性病认定申请。受理 后生成《吉林省医疗保障业务单》(见附件 2) 并同步至网上经 办大厅。

4.1.3 审核

定点认定医疗机构结合申请人具体病情，按照《门诊慢性病 准入标准》对申请参保人员进行认定。

4.1.4 办结

门诊慢性病认定通过后，参保人员需填报基础信息，并在申 请表上签字确认。

4.1.5 送达

定点认定医疗机构告知参保人员门诊慢性病认定已通过。

4.2 异地

4.2.1 申请

4.2.1.1 省内异地

省内异地就医参保人员持申请表(参保人员自行填写自然信 息) 至就医地定点认定医疗机构进行认定申请。

4.2.1.2 省外异地

省外异地就医人员持申请表(参保人员自行填写自然信息) 至就医地定点认定医疗机构进行认定申请(就医地二级及以上公 立医疗机构均可视为慢性病认定医疗机构)；

4.2.1.3 医疗机构填写相关诊疗信息(或参保人员自行填写)。

4.2.1.4 参保人员通过网上经办大厅将所需材料上传，同时 将个人基础信息、定点医药机构名称(一家定点医疗机构和一家 定点零售药店)、诊疗方案等相关内容录入到网上经办大厅或携 带材料至医保服务大厅进行异地门诊慢性病待遇认定申请。

4.2.2 受理

工作人员通过网上经办大厅或窗口对参保人员的异地门诊 慢性病待遇认定申请进行受理。受理后生成《吉林省医疗保障业 务单》(见附件 2) 并同步至网上经办大厅。

4.2.3 审核

医保经办机构或门诊慢性病认定医疗机构根据申请材料出 具审核意见。

4.2.4 办结

审核通过后生成《吉林省医疗保障业务单》(见附件 3) 并 同步至网上经办大厅。

4.2.5 送达

参保人员可在网上经办大厅查询门诊慢性病认定业务通过 情况或打印业务登记单。

5.办件类型

承诺件。

6.办理时限

20 个工作日。

7.其他事项

7.1 若异地门诊慢性病认定医疗机构服务能力不足或二级及 以上定点医疗机构无法完成认定工作，参保人员可将所需材料通 过网上经办大厅进行申报，由经办机构交由门诊慢性病认定医疗 机构根据申请材料出具认定意见。

7.2 本地门诊慢性病定点医药机构可登陆吉林省医保政务服 务网上大厅查询；异地医疗机构名单可登陆国家医保服务平台 (http：//fuwu.nhsa.gov.cn) 或下载国家医保服务平台 App 查 询。

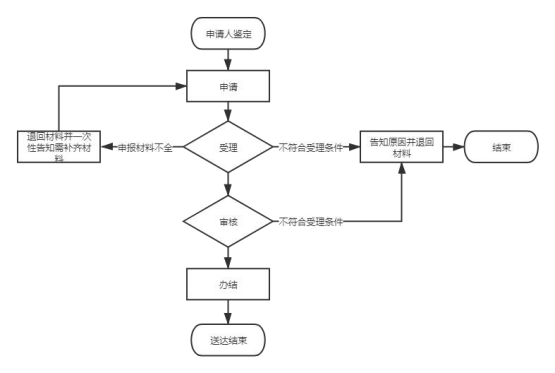
7.3 由定点认定机构确认待遇有效期及办理材料有效期。

7.4 申请异地门诊慢性病认定的参保人员应办理长期异地就 医备案后再进行异地慢性病认定申请，申请通过后享受参保地门 诊慢性病待遇。

7.5 办理长期异地就医备案后可直接办理变更业务变更至就 医地定点医药机构，在政策范围内本地和异地共选择一家定点医 疗机构和一家零售药店。

7.6 门诊慢性病待遇年度内可多次变更。

8.业务流程图



附件 1

门诊慢特病保障待遇认定申请表

统筹区：

认定机构名称：(盖章)

经办机构名称：

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 |  | | | 医保编码 | |  | | |
| 申报类别 | □门诊慢病  □门诊特病 | | | 联系电话 | |  | | |
| 申报保障 范围 |  | | | 认定通  过时间 | |  | | |
| 选择定点 医药机构 |  | | | 申请人  签名 | |  | | |
|  | | |
| 病情摘要  (病史、临  床表现、体  征)、诊断、  治疗计划 | 医师：  年 月 日 | | | | | | | |
| 审核意见 |  | | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | | |

注：本表一式二份，认定机构、参保人各 1 份。

附件 2



吉林省医疗保障业务单



受理编号

受理日期

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 基本信息：(请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务) | | |
| 姓 名：  身份证号：  人员类别：  单位名称： | 性 别：  参 保 地：  保健对象：  单位编码： | 年 龄：  医 保 号：  特殊人员：  联系电话： |
| 申报信息：(请您仔细核对信息内容，如与申报情况不一致，请及时调整)  业务名称： 门诊慢性病病种待遇认定 病种名称：  经 办 人： 联系电话： | | |
| 提供材料：  医保电子凭证或有效身份证件或社保卡  《门诊慢特病保障待遇认定申请表》  诊断书或病历(门诊、住院病历均可) 或检查检验报告单 | | |

确认信息：您所申报门诊慢性病病种待遇认定业务已受理，办理时限为 20 个工作日，您可拨打

查询业务办理进度，也可扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务办理进度。

您所申报门诊慢性病病种待遇认定业务不符合受理条件，原因：

申请人/经办人： 受理人：



附件 3



吉林省医疗保障业务单



办理编号

办结日期

基本信息：(请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务)

姓 名：

身份证号：

人员类别：

单位名称：

性 别：

参 保 地：

保健对象：

单位编码：

年 龄：

医 保 号：

特殊人员：

联系电话：

办理信息：(请您仔细核对信息内容，如与办理情况不一致，请及时调整)

业务名称： 门诊慢性病病种待遇认定 病种名称： 诊疗方案：

登记时间： 开始时间： 终止时间：

经 办 人： 联系电话： 办理途径：

提示信息：(请您仔细核对信息内容，如有问题可向业务人员咨询)

1、您申请的门诊慢性病病种待遇认定业务已经办理完成,请您仔细核对信息。

2、认定通过后您需继续申请门诊慢性病病种待遇备案业务，通过后可享受门诊慢性病病种待遇。

3、业务办理时间：工作日(法定节假日、休息日除外)，请您合理安排时间前来办理。

4、业务咨询电话：

5、扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务。

确认信息： 您所办理的门诊慢性病病种待遇认定业务已办结。

您所办理的门诊慢性病病种待遇认定业务不符合办理条件，原因：

申请人/经办人：

受理人：

审核人：

基本医疗保险参保人员享受门诊慢特病

病种待遇认定业务经办流程

(门诊慢性病病种待遇备案)

(经办政务服务事项清单-G002036005000\_01\_002)

为明确基本医疗保险参保人员门诊慢性病病种待遇备案业 务服务对象、受理条件、办理材料明细、办理流程、办件类型、 办理时限及其他事项制定本流程。

1.服务对象

已通过门诊慢性病认定的参保人员。

2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细

3.1 医保电子凭证或身份证或社保卡

3.2《门诊慢特病保障待遇认定申请表》(见附件 1，需填写 完整)

他人代办的，需提供代办人身份证。

4.办理流程

4.1 本地

4.1.1 申请

已通过门诊慢性病待遇认定的参保人员至定点认定医疗机 构(定点机构名单可登录医保政务服务网上大厅查询)进行备案

申请。

4.1.2 受理

定点认定医疗机构现场受理门诊慢性病待遇备案申请。

4.1.3 审核

定点认定医疗机构将参保人员的个人基础信息、病种信息、 病情、诊断、治疗计划、相关检查情况、主治医生等相关内容录 入到慢性病认定系统中，并由医生在申请表上签字确认。

4.1.4 办结

定点认定医疗机构医保管理部门进行审核备案，定点认定医 疗机构加盖公章。生成《吉林省医疗保障业务单》(见附件 2) 并同步至网上经办大厅。

4.1.5 送达

定点认定医疗机构告知参保人员门诊慢性病备案已通过，可 在门诊慢性病定点医药机构中选择一家定点医疗机构和一家定 点零售药店享受门诊慢性病待遇，划卡结算，直接报销。

4.2 异地

4.2.1 申请

已通过门诊慢性病认定的参保人员登录网上经办大厅或携 带材料至医保服务大厅进行异地门诊慢性病待遇备案申请。

4.2.2 受理

工作人员通过网上经办大厅或窗口对参保人员的异地门诊 慢性病待遇备案申请进行受理。

4.2.3 审核

审核基本信息、相关材料、病种信息及治疗计划是否完整、 清晰、准确。

4.2.4 办结

审核通过后生成《吉林省医疗保障业务单》(见附件 2) 并 同步至网上经办大厅。

4.2.5 送达

参保人员可在网上经办大厅查询门诊慢性病待遇备案业务 通过情况或打印业务登记单。

5.办件类型

即办件。

6.办理时限

1 个工作日。

7.其他事项

7.1本地门诊慢性病定点医药机构可登陆吉林省医保政务服 务网上大厅查询；异地医疗机构名单可登陆国家医保服务平台 (http：//fuwu.nhsa.gov.cn )或下载国家医保服务平台 App 查 询。

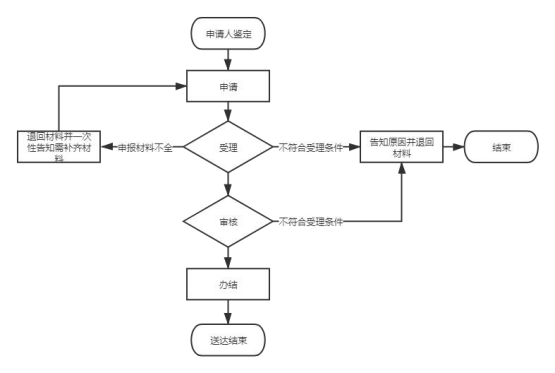
7.2 申请异地门诊慢性病待遇备案的参保人员应办理长期异 地就医备案后再进行异地慢性病备案申请，申请通过后享受参保 地门诊慢性病待遇。

7.3 由定点认定机构确认待遇有效期及办理材料有效期。

7.4 办理长期异地就医备案后可直接办理变更业务变更至就 医地定点医药机构，在政策范围内本地和异地共选择一家定点医 疗机构和一家零售药店。

7.5 门诊慢性病待遇年度内可多次变更。

8.业务流程图



附件 1

门诊慢特病保障待遇认定申请表

统筹区： 经办机构名称：

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 |  | | | 医保编码 |  | |
| 申报类别 | □门诊慢病  □门诊特病 | | | 联系电话 |  | |
| 申报保障 范围 |  | | | 认定通  过时间 |  | |
| 选择定点 医药机构 |  | | | 申请人  签名 |  | |
|  | | |
| 病情摘要  (病史、临  床表现、体  征)、诊断、  治疗计划 | 医师：  年 月 日 | | | | | |
| 审核意见 |  | | | | | |
| 备注 |  | | | | | |

注：本表一式二份，认定机构、参保人各 1 份

附件 2



吉林省医疗保障业务单



办理编号

办结日期

基本信息：(请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务)

姓 名：

身份证号：

人员类别：

单位名称：

性 别：

参 保 地：

保健对象：

单位编码：

年 龄：

医 保 号：

特殊人员：

联系电话：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 办理信息：(请您仔细核对信息内容，如与办理情况不一致，请及时调整) | | |
| 业务名称： 门诊慢性病病种待遇备案 病种名称：  登记时间： 开始时间：  经 办 人： 联系电话：  定点医院： 定点药店： | | 诊疗方案：  终止时间：  办理途径： |
| 提示信息：(请您仔细核对信息内容，如有问题可向业务人员咨询)  1、您申请的门诊慢性病病种待遇备案业务已经办理完成,请您仔细核对信息。  2、备案通过后请您在选定的定点医药机构就医购药。  3、若您需变更定点医药机构，可在门诊慢性病病种待遇认定机构、待遇享受机构、医保服务大厅 及网上经办大厅申请变更业务；若需变更诊疗方案，需重新办理。  4、若您需变更至异地，办理长期异地就医备案后可直接办理变更业务变更至就医地定点医药机构， 在政策范围内本地和异地共选择一家定点医疗机构和一家零售药店。  5、业务办理时间：工作日(法定节假日、休息日除外)，请您合理安排时间前来办理。  6、业务咨询电话：  7、扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务。 | | |
| 确认信息： 您所办理的门诊慢性病病种待遇备案业务已办结。  您所办理的门诊慢性病病种待遇备案业务不符合办理条件，原因： | | |
| 申请人/经办人： | 受理人： | 审核人： |

基本医疗保险参保人员享受门诊慢特病

病种待遇认定业务经办流程

(门诊慢性病病种待遇变更)

(经办政务服务事项清单 G002036005000\_01\_003)

为明确基本医疗保险参保人员门诊慢性病病病种待遇变更 业务服务对象、受理条件、办理材料明细、办理流程、办件类型、 办理时限及其他事项制定本流程。

1.服务对象

已办理门诊慢性病备案的参保人员。

2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细

医保电子凭证或身份证或社保卡。

他人代办的，需提供代办人身份证。

4.办理流程

4.1 定点医药机构变更

4.1.1 申请

4.1.1.1 本地

参保人员至认定医疗机构、选定的慢性病待遇享受定点医药 机构、医保服务大厅或网上经办大厅进行申请。

4.1.1.2 异地

参保人员至医保服务大厅或网上经办大厅进行申请。

4.1.2 受理

4.1.2.1 本地

认定医疗机构、选定的慢性病待遇享受定点医药机构、医保 服务大厅或网上经办大厅工作人员负责受理门诊慢性病定点医 药机构变更申请。

4.1.2.2 异地

医保服务大厅或网上经办大厅工作人员负责受理门诊慢性 病定点医药机构变更申请。

4.1.3 审核

工作人员审核门诊慢性病变更相关信息。

4.1.4 办结

审核通过后生成《吉林省医疗保障业务单》(见附件 1) 并 同步至网上经办大厅。

4.1.5 送达

参保人员可在网上经办大厅查询门诊慢性病变更业务通过 情况或打印业务登记单。

4.2 诊疗方案变更

需重新办理。

5.办件类型

即办件。

6.办理时限

1 个工作日。

7.其他事项

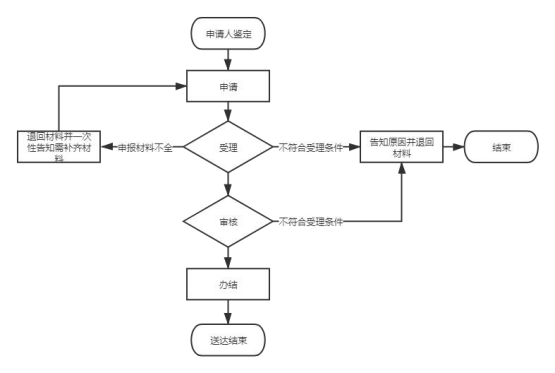
7.1本地门诊慢性病定点医药机构可登陆吉林省医保政务服 务网上大厅查询；异地医疗机构名单可登陆国家医保服务平台 (http：//fuwu.nhsa.gov.cn )或下载国家医保服务平台 App 查 询。

7.2 由定点认定机构确认待遇有效期及办理材料有效期。

7.3 办理长期异地就医备案后可直接办理变更业务变更至就 医地定点医药机构，在政策范围内本地和异地共选择一家定点医 疗机构和一家零售药店。

7.4 门诊慢性病待遇年度内可多次变更。

8.业务流程图



附件 1



吉林省医疗保障业务单



办理编号

办结日期

基本信息：(请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务)

姓 名：

身份证号：

人员类别：

单位名称：

性 别：

参 保 地：

保健对象：

单位编码：

年 龄：

医 保 号：

特殊人员：

联系电话：

办理信息：(请您仔细核对信息内容，如与办理情况不一致，请及时调整)

业务名称： 门诊慢性病病种待遇变更 变 更 前： 变 更 后：

登记时间： 开始时间： 终止时间：

经 办 人： 联系电话： 办理途径：

提示信息：(请您仔细核对信息内容，如有问题可向业务人员咨询)

1、您申请的门诊慢性病病种待遇变更业务已经办理完成,请您仔细核对信息。

2、变更通过后您可在新选定的定点医药机构享受门诊慢性病病种待遇。

3、业务办理时间：工作日(法定节假日、休息日除外)，请您合理安排时间前来办理。

4、业务咨询电话：

5、扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 确认信息： 您所办理的门诊慢性病病种待遇变更业务已办结。  您所办理的门诊慢性病病种待遇变更业务不符合办理条件，原因： | | |
| 申请人/经办人： | 受理人： | 审核人： |
|  | | |

基本医疗保险参保人员特治特药

备案业务流程

(门诊特治特药待遇认定)

(经办政务服务事项清单-J002036005000\_02\_001)

为明确门诊特治特药待遇认定业务服务对象、受理条件、办 理材料明细、办理流程、办件类型、办理时限及其他事项制定本 流程。

1.服务对象

符合门诊特治特药保障范围的参保人员。

2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细

3.1 医保电子凭证或身份证或社保卡。

3.2《基本医疗保险特药使用申请表》(以下简称“申请表”， 见附件 1)。

3.3《基本医疗保险特药使用评估表》(见附件 2)。

3.4 医疗证实材料(基因检测及特药限定范围的必检项目、 病理诊断、影像报告、门诊病历、诊断书、出院小结等)。

由他人代办的，需提供代办人身份证。

4.办理流程

4.1 本地

4.1.1 申请

参保人员至具有门诊特治特药定点认定医疗机构(定点医疗

机构名单可登录医保政务服务网上大厅(以下简称“网上大厅”) 查询) 进行申请，填写申请表。

4.1.2 受理

定点认定医疗机构负责现场受理门诊特治特药待遇认定申

请。受理后生成《吉林省医疗保障业务单》(见附件 3) 并同步 至网上经办大厅。

4.1.3 审核

定点认定医疗机构(责任医师) 结合申请人具体病情，按照 特殊药品支付范围进行认定。

4.1.4 办结

定点认定医疗机构医保管理部门进行审核备案，定点认定医 疗机构加盖公章。生成《吉林省医疗保障业务单》(见附件 4) 并同步至网上经办大厅。

4.1.5 送达

告知参保人员门诊特治特药待遇认定已通过。

4.2 异地

4.2.1 申请

4.2.1.1 异地就医人员持申请表(参保人员自行填写自然信

息)至就医地定点认定医疗机构进行认定申请(就医地二级乙等 及以上公立医疗机构均可视为门诊特治特药认定医疗机构)。

4.2.1.2 申请人与选定异地特药定点医疗机构的开方医师共 同填写申请表，责任医师签字、该院医保管理部门加盖有效印章。

4.2.1.3 参保人员通过网上经办大厅将所需材料上传，同时 将个人基础信息、定点医药机构名称(该定点医疗机构和一家定 点零售药店)、诊疗方案等相关内容录入到网上经办大厅或携带 材料至医保服务大厅进行异地门诊特治特药待遇认定。

4.2.2 受理

工作人员通过网上经办大厅或窗口对参保人员的异地门诊 特治特药待遇认定申请进行受理。受理后生成《吉林省医疗保障 业务单》(见附件 3) 并同步至网上经办大厅。

4.2.3 审核

医保经办机构或门诊特治特药认定医疗机构根据申请材料 出具审核意见。

4.2.4 办结

审核通过后生成《吉林省医疗保障业务单》(见附件 4) 并 同步至网上经办大厅。

4.2.5 送达

参保人员可在网上经办大厅查询门诊特治特药待遇认定通 过情况或打印业务登记单。

5.办件类型

承诺件。

6.办理时限

7 个工作日。

7.其他事项

7.1 若需改变原申请时相关信息，如特殊药品变更、诊疗方 案变更、定点医院变更等，需重新办理。

7.2 申请异地门诊特治特药待遇认定的参保人员应办理长期 异地就医备案后再进行异地门诊特治特药认定申请，申请通过后 可申请异地门诊特治特药备案。

7.3根据实际情况及其待遇支付规定允许首次使用特治特药 治疗的参保人员后补办备案。

7.4 定点认定机构要将参保人员身体状况、病情变化、用药 周期、临床需要、管理要求、待遇期限、及时评估调整最新用药 方案、评估结果等信息以《基本医疗保险特药使用评估表》(附 件 2) 形式记录，并由责任医师确认后，履行登记备案程序。

8.业务流程图

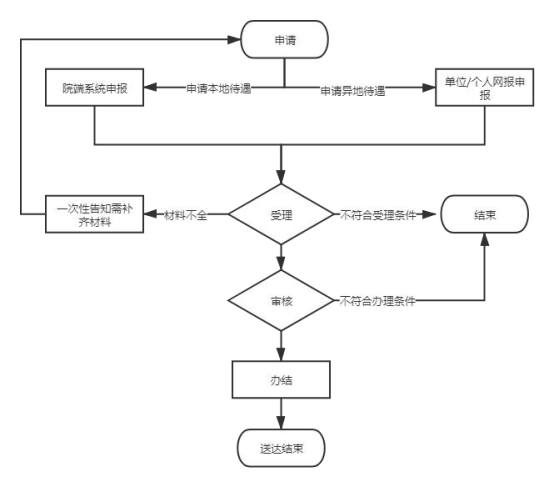


图 1 特殊药品备案业务流程图

附件 1

吉林省医疗保险特药使用申请表

申请日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | | 年龄 |  |
| 社会保障卡号 |  | 身份证号 |  | | | |
| 联系电话 |  | 参保属地 | 市 区(县) | | | |
| 人员类别 | 职工医保 口 居民医保 口 | | | | | |
| 定点医院 |  | 定点药店 |  | | | |
| 申请使用  特药名称 |  | | | | | |
| 参保人员签字 |  | | | | | |
| 以上内容由患者本人或监护人填写 | | | | | | |
| 疾病诊断 |  | 确诊时间 | | 年 月 日 | | |
| 申请特药名称 |  | | | | | |
| 特药定点医院意见 | 申请依据：  特药用法用量及疗程：  建议评估时间：  经治医师签章：  责任医师签章：  医院医保办盖章：  年 月 日 | | | | | |

注：1.需提供的材料：医保电子凭证或身份证或社保卡、相关医疗证实材料(基 因检测及特药限定范围的必检项目、病理诊断、影像报告、门诊病历、诊

断书、出院小结等)。

2.本表私自涂改无效。

附件 2

吉林省医疗保险特药使用评估表

评估日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 | |  | | 年龄 |  |
| 社会保障卡号 |  | 身份证号 | |  | | | |
| 联系电话 |  | 参保属地 | | 市 区(县) | | | |
| 人员类别 | 职工医保 口 居民医保 口 | | | | | | |
| 定点医院 |  | 定点药店 | |  | | | |
| 使用特药名称 |  | | | | | | |
| 参保人员签字 |  | | | | | | |
| 以上内容由患者本人或监护人填写 | | | | | | | |
| 疾病诊断 |  | 确诊时间 | | | 年 月 日 | | |
| 特药名称 |  | | | | | | |
| 特药定点医院意见 | 当前治疗方案：  当前治疗方案属于：辅助口 是否继续使用该药：  该特药用法用量：  责任医师签章： | | (第周期/月) | | | | |
| 一线口  是口 | 二线口 三线及以上口  否口 | | | |
| 医院医保办盖章：  年 月 日 | | | | |

注：1.需提供的材料：医保电子凭证或身份证或社保卡、相关医疗证实材料(基 因检测及特药限定范围的必检项目、病理诊断、影像报告、门诊病历、诊

断书、出院小结等)。

2.本表私自涂改无效。

附件 3



吉林省医疗保障业务单



受理编号

受理日期

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 基本信息：(请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务) | | |
| 姓 名：  身份证号：  人员类别：  单位名称： | 性 别：  参 保 地：  保健对象：  单位编码： | 年 龄：  医 保 号：  特殊人员：  联系电话： |
| 申报信息：(请您仔细核对信息内容，如与申报情况不一致，请及时调整)  业务名称： 门诊特治特药待遇认定 特药名称：  经 办 人： 联系电话： | | |
| 提供材料：  医保电子凭证或有效身份证件或社保卡  《基本医疗保险特药使用申请表》  《基本医疗保险特药使用评估表》  医疗证实材料(基因检测及特药限定范围的必检项目 、病理诊断、影像报告、门诊病历、 诊断书、出院小结等) | | |
| 确认信息： 您所申报门诊特治特药待遇认定业务已受理， 办理时限为 7 个工作日， 您可拨打 查询业务办理进度，也可扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务办理进度。  您所申报门诊特治特药待遇认定业务不符合受理条件，原因: | | |
| 申请人/经办人： | 受理人： | |

附件 4



吉林省医疗保障业务单



办理编号

办结日期

基本信息： (请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务)

姓 名：

身份证号：

人员类别：

单位名称：

性 别：

参 保 地：

保健对象：

单位编码：

年 龄：

医 保 号：

特殊人员：

联系电话：

办理信息： (请您仔细核对信息内容，如与办理情况不一致，请及时调整)

业务名称： 门诊特治特药待遇认定 登记时间：

经 办 人：

特药名称：

开始时间：

联系电话：

诊疗方案：

终止时间：

办理途径：

提示信息： (请您仔细核对信息内容，如有问题可向业务人员咨询)

1、您申请的门诊特治特药待遇认定业务已经办理完成,请您仔细核对信息。

2、认定通过后您需继续申请门诊特治特药待遇备案业务，通过后可享受门诊特治特药待遇。

3、业务办理时间：工作日(法定节假日、休息日除外)，请您合理安排时间前来办理。

4、业务咨询电话：

5、扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 确认信息： 您所办理的门诊特治特药待遇认定业务已办结。  您所办理的门诊特治特药待遇认定业务不符合办理条件，原因： | | |
| 申请人/经办人： | 受理人： | 审核人： |

基本医疗保险参保人员特治特药

备案业务经办流程

(门诊特治特药待遇备案)

(经办政务服务事项清单-J002036005000\_02\_002)

为明确门诊特治特药待遇备案业务服务对象、受理条件、办 理材料明细、办理流程、办件类型、办理时限及其他事项制定本 流程。

1.服务对象

已通过门诊特治特药待遇认定的参保人员。

2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细

3.1 医保电子凭证或身份证或社保卡。

3.2《吉林省医疗保险特药使用申请表》(以下简称“申请表”， 见附件 1，需填写完整)。

3.3《吉林省医疗保险特药使用评估表》(见附件 2，需填写 完整)。

由他人代办的，需提供代办人身份证。

4.办理流程

4.1 本地

4.1.1 申请

已通过门诊特治特药待遇认定的参保人员至定点认定医疗 机构(定点机构名单可登录医保政务服务网上大厅查询)进行备

案申请。

4.1.2 受理

定点认定医疗机构负责现场受理门诊特治特药待遇备案申 请。

4.1.3 审核

定点认定医疗机构医保管理部门网上填报申请表中相关信 息，并通过特药申请信息系统，将申请表录入到系统中。

4.1.4 办结

定点认定医疗机构医保管理部门进行审核备案。生成《吉林 省医疗保障业务单》(见附件 3) 并同步至网上经办大厅。

4.1.5 送达

告知参保人员门诊特治特药待遇备案已通过，可在该定点医 疗机构和一家门诊特治特药定点零售药店享受门诊特治特药待

遇，划卡结算，直接报销。

4.2 异地

4.2.1 申请

已通过门诊特治特药认定的参保人员登录网上经办大厅或 携带材料至医保服务大厅进行异地门诊特治特药待遇备案申请。

4.2.2 受理

工作人员通过网上经办大厅或窗口对参保人员的异地门诊 特治特药待遇备案申请进行受理。

4.2.3 审核

审核基本信息、相关材料、病种信息及治疗计划是否完整、 清晰、准确。

4.2.4 办结

审核通过后生成《吉林省医疗保障业务单》(见附件 3) 并 同步至网上经办大厅。

4.2.5 送达

参保人员可在网上经办大厅查询门诊特治特药待遇认定通 过情况或打印业务登记单。

5.办件类型

即办件。

6.办理时限

1 个工作日。

7.其他事项

7.1 若需改变原申请时相关信息，如特殊药品变更、诊疗方 案变更、定点医院变更等，需重新办理。

7.2 申请异地门诊特治特药待遇认定的参保人员应办理长期 异地就医备案后再进行异地门诊特治特药认定申请，申请通过后

可申请异地门诊特治特药备案。

7.3根据实际情况及其待遇支付规定允许首次使用特治特药 治疗的参保人员后补办备案。

7.4 定点认定机构要将参保人员身体状况、病情变化、用药 周期、临床需要、管理要求、待遇期限、及时评估调整最新用药 方案、评估结果等信息以《吉林省医疗保险特药使用评估表》(附 件 2) 形式记录，并由责任医师确认后，履行登记备案程序。

8.业务流程图

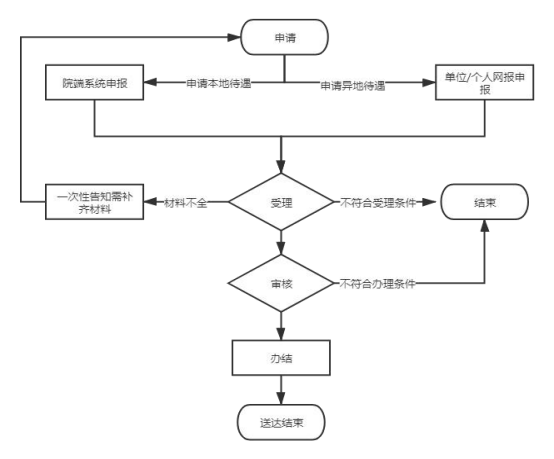


图 1 特殊药品备案业务流程图

附件 1

吉林省医疗保险特药使用申请表

申请日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | | 年龄 |  |
| 社会保障卡号 |  | 身份证号 |  | | | |
| 联系电话 |  | 参保属地 | 市 区(县) | | | |
| 工作单位 | 职工医保口 居民医保口 | | | | | |
| 定点医院 |  | 定点药店 |  | | | |
| 申请使用  特药名称 |  | | | | | |
| 参保人员签字 |  | | | | | |
| 以上内容由患者本人或监护人填写 | | | | | | |
| 疾病诊断 |  | 确诊时间 | | 年 月 日 | | |
| 申请特药名称 |  | | | | | |
| 特药定点医院意见 | 申请依据：  特药用法用量及疗程：  建议评估时间：  经治医师签章：  责任医师签章：  医院医保办盖章：  年 月 日 | | | | | |

注：1.需提供的材料：医保电子凭证或身份证或社保卡、相关医疗证实材料(基因 检测及特药限定范围的必检项目、病理诊断、影像报告、门诊病历、诊断书、

出院小结等)。

2.本表私自涂改无效。

附件 2

吉林省医疗保险特药使用评估表

评估日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 | |  | | 年龄 |  |
| 社会保障卡号 |  | 身份证号 | |  | | | |
| 联系电话 |  | 参保属地 | | 市 区(县) | | | |
| 人员类别 | 职工医保口 居民医保口 | | | | | | |
| 定点医院 |  | 定点药店 | |  | | | |
| 使用特药名称 |  | | | | | | |
| 参保人员签字 |  | | | | | | |
| 以上内容由患者本人或监护人填写 | | | | | | | |
| 疾病诊断 |  | 确诊时间 | | | 年 月 日 | | |
| 特药名称 |  | | | | | | |
| 特药定点医院意见 | 当前治疗方案：  当前治疗方案属于：辅助口 是否继续使用该药：  该特药用法用量：  责任医师签章： | | (第周期/月) | | | | |
| 一线口  是口 | 二线口 三线及以上口  否口 | | | |
| 医院医保办盖章：  年 月 日 | | | | |

注：1.需提供的材料：医保电子凭证或身份证或社保卡、相关医疗证实材料(基因 检测及特药限定范围的必检项目、病理诊断、影像报告、门诊病历、诊断书、

出院小结等)。

2.本表私自涂改无效。

附件 3



吉林省医疗保障业务单



办理编号

办结日期

基本信息：(请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务)

姓 名：

身份证号：

人员类别：

单位名称：

性 别：

参 保 地：

保健对象：

单位编码：

年 龄：

医 保 号：

特殊人员：

联系电话：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 办理信息：(请您仔细核对信息内容，如与办理情况不一致，请及时调整) | | |
| 业务名称： 门诊特治特药待遇备案 登记时间：  经 办 人：  定点医院： | 特药名称：  开始时间：  联系电话：  定点药店： | 诊疗方案：  终止时间：  办理途径： |
| 提示信息：(请您仔细核对信息内容，如有问题可向业务人员咨询)  1、您申请的门诊特治特药待遇备案业务已经办理完成,请您仔细核对信息。  2、您可在选定的定点医药机构享受门诊特治特药待遇。  3、若您需改变原申请时相关信息，如特殊药品变更、诊疗方案变更、定点医院变更等，需重新办 理。  4、业务办理时间：工作日(法定节假日、休息日除外)，请您合理安排时间前来办理。  5、业务咨询电话：  6、扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务。 | | |
| 确认信息： 您所办理的门诊特治特药待遇备案业务已办结。  您所办理的门诊特治特药待遇备案业务不符合办理条件，原因： | | |
| 申请人/经办人： | 受理人： | 审核人： |

门诊费用报销业务经办流程

(经办政务服务事项清单-G002036006001)

为明确门诊费用报销业务服务对象、受理条件、办理材料明 细、办理流程、办件类型、办理时限及其他事项制定本流程。

1.服务对象

在就医地发生非直接结算门诊医疗费用的参保人员。 2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细

3.1 身份证。

3.2 医疗费报销申请表。

3.3 加盖有效印章的医疗费用票据。

3.4 加盖有效印章的费用清单(票据没有明细需提供)。 3.5 门诊病历手册或门诊诊断书。

由他人代办的，需提供代办人身份证。

4.办理流程

4.1 申请

参保人员携带所需材料至医保服务大厅窗口申请门诊费用 报销业务。

4.2 受理

工作人员现场对参保人员的门诊费用报销申请进行受理。

4.3 审核

4.3.1 初审

4.3.1.1 录入

综合窗口确认人员身份信息后对申请材料的完整性、有效性 进行审核，录入报销类别,填写相关信息并确认无误后保存提交。

4.3.1.2 制单

审核通过后生成《吉林省医疗保障业务单》(见附件 1) 并 同步至网上经办大厅。

4.3.2 复审

4.3.2.1 核定

业务部门对综合窗口受理的材料进行审核，确认报销类别， 根据目录进行划分计算，完成费用核定。

4.3.2.2 制单

打印《吉林省医疗保障业务单》(见附件 2) 和《医疗工伤 生育保险待遇支付凭证》，并同步到网上服务大厅。

4.3.3 拨付

财务部门对票据信息、报销金额、预留银行卡信息再次进行 审核，确认无误后进行拨付。

4.4 办结

报销款项拨付至预留银行卡内。

4.5 送达

参保人员可至医保经办大厅领取《吉林省医疗保障业务单》

(见附件 2) 和《医疗生育保险待遇支付凭证》或登录网上经办 大厅自行打印。

5.办件类型

承诺件。

6.办理时限

22 个工作日。

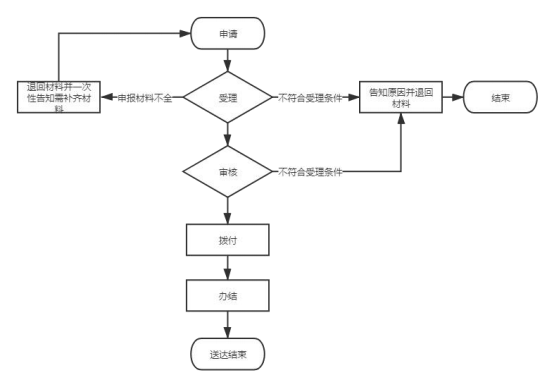
7.其他事项

7.1 报销款项拨付至本人银行卡的，需提供本人银行卡信息； 拨付至单位经办人银行卡的，需同时提供《单位授权委托书》； 拨付至代办人银行卡的，需同时提供《个人授权委托书》；若报 销本人死亡的，必须提供《单位授权委托书》。

7.2 申请受理后报销材料将无法退还，如有需要可至医保经 办大厅申请复印。

7.3 当年就医发生的医疗费请于次年 3 月 31 日前至医保服 务大厅申请报销，逾期视为自动放弃；若存在不可抗力原因无法 进行报销申请，可视情况延期。

8.业务流程图



附件 1



吉林省医疗保障业务单



受理编号

受理日期

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 基本信息：(请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务) | | | |
| 姓 名：  身份证号：  人员类别：  单位名称： | 性 别：  参 保 地：  保健对象：  单位编码： | | 年 龄：  医 保 号：  特殊人员：  联系电话： |
| 申报信息：(请您仔细核对信息内容，如与申报情况不一致，请及时调整) | | | |
| 业务类型： 门诊费用报销 开户银行：  领款人电话：  联系电话： | | 报销类别：  银行卡号：  发票张数：  票据总金额： | 应直接未直接：  持卡人姓名：  经 办 人： |
| 提供材料：  身份证  医疗费报销申请表  加盖有效印章的医疗费用票据  加盖有效印章的费用清单(票据没有明细需提供)  门诊病历手册或门诊诊断书 | | | |
| 确认信息： 您所申报门诊费用报销业务已受理，办理时限为 22 个工作日，您可拨打 查询  业务办理进度，也可扫描登记单右上方的二维码查询此项业务办理进度。  您所申报门诊费用报销业务材料不符合受理条件，原因： | | | |
| 申请人/经办人： | 受理人： | | |

附件 2



吉林省医疗保障业务单



办理编号

办结日期

基本信息：(请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务)

姓 名：

身份证号：

人员类别：

单位名称：

性 别：

参 保 地：

保健对象：

单位编码：

年 龄：

医 保 号：

特殊人员：

联系电话：

办理信息： (请您仔细核对信息内容，如与办理情况不一致，请及时调整)

业务类型： 门诊费用报销

开户银行：

领款人电话：

联系电话：

报销类别：

银行卡号：

报销金额：

应直接未直接：

持卡人姓名：

经 办 人：

提示信息： (请您仔细核对信息内容，如有问题可向业务人员咨询)

1、您申请的门诊费用报销业务已经办理完成,请您仔细核对信息。

2、您可在医保服务大厅或网上经办大厅查询打印《医疗生育保险报销凭证》。

3、业务办理时间：工作日(法定节假日、休息日除外)，请您合理安排时间前来办理。

4、业务咨询电话：

5、扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务。

确认信息： 您所办理的门诊费用报销业务已办结。

您所办理的门诊费用报销业务不符合办理条件同， 原因：

申请人/经办人：

受理人：

审核人：

住院费用报销业务经办流程

(经办政务服务事项清单-G002036006002)

为明确住院费用报销业务服务对象、受理条件、办理材料明 细、办理流程、办件类型、办理时限及其他事项制定本流程。

1.服务对象

在就医地发生非直接结算住院医疗费用的参保人员。 2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细

3.1 身份证。

3.2 医疗费报销申请表。

3.3 加盖有效印章的医疗费用票据。

3.4 加盖有效印章的费用清单。

3.5 住院病历。

由他人代办的，需提供代办人身份证。

4.办理流程

4.1 申请

参保人员携带所需材料至医保服务大厅窗口申请住院费用 报销业务。

4.2 受理

工作人员现场对参保人员的住院费用报销申请进行受理。

4.3 审核

4.3.1 初审

4.3.1.1 录入

综合窗口确认人员身份信息后对申请材料的完整性、有效性 进行审核，填写相关信息并确认无误后保存提交。

4.3.1.2 制单

审核通过后生成《吉林省医疗保障业务单》(见附件 1) 并 同步至网上经办大厅。

4.3.2 复审

4.3.2.1 核定

业务部门对综合窗口受理的材料进行审核，判断是否符合办 理费用报销业务要求，确认医疗类别，根据目录划分类别，计算 后录入系统并进行费用核定。

4.3.2.2 制单

打印《吉林省医疗保障业务单》(见附件 2) 和《医疗工伤 生育保险待遇支付凭证》，并同步到网上服务大厅。

4.3.3 拨付

财务部门对票据信息、报销金额、预留银行卡信息再次进行 审核，确认无误后进行拨付。

4.4 办结

报销款项拨付至预留银行卡内。

4.5 送达

参保人员可至医保经办大厅领取《吉林省医疗保障业务单》 (见附件 2) 和《医疗生育保险待遇支付凭证》或登录网上经办 大厅自行打印。

5.办件类型

承诺件。

6.办理时限

22 个工作日。

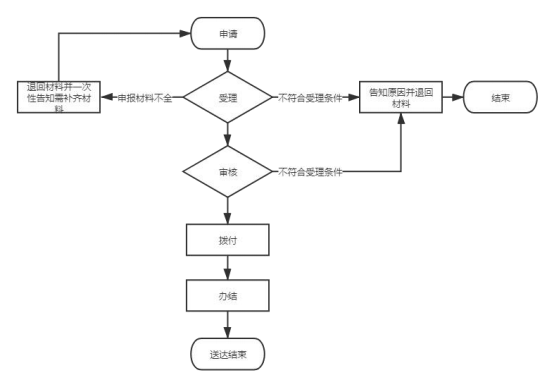
7.其他事项

7.1 报销款项拨付至本人银行卡的，需提供本人银行卡信息； 拨付至单位经办人银行卡的，需同时提供《单位授权委托书》； 拨付至代办人银行卡的，需同时提供《个人授权委托书》；若报 销本人死亡的，必须提供《单位授权委托书》。

7.2 申请受理后报销材料将无法退还，如有需要可至医保经 办大厅申请复印。

7.3 当年就医发生的医疗费请于次年 3 月 31 日前至医保服 务大厅申请报销，逾期视为自动放弃；若存在不可抗力原因无法 进行报销申请，可视情况延期。

8.业务流程图



附件 1



吉林省医疗保障业务单



受理编号

受理日期

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 基本信息：(请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务) | | | |
| 姓 名：  身份证号：  人员类别：  单位名称： | 性 别：  参 保 地：  保健对象：  单位编码： | | 年 龄：  医 保 号：  特殊人员：  联系电话： |
| 申报信息：(请您仔细核对信息内容，如与申报情况不一致，请及时调整) | | | |
| 业务类型：住院费用报销 开户银行：  领款人电话：  联系电话： | | 报销类别：  银行卡号：  发票张数：  票据总金额： | 应直接未直接：  持卡人姓名：  经 办 人： |
| 提供材料：  身份证  医疗费报销申请表  加盖有效印章的医疗费用票据  加盖有效印章的费用清单  住院病历 | | | |

确认信息： 您所申报住院费用报销业务已受理，办理时限为 22 个工作日，您可拨打 查询 业务办理进度，也可扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务办理进度。

您所申报住院费用报销业务不符合受理条件，原因：

申请人/经办人：

受理人：

附件 2



吉林省医疗保障业务单



办理编号

办结日期

基本信息：(请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务)

姓 名：

身份证号：

人员类别：

单位名称：

性 别：

参 保 地：

保健对象：

单位编码：

年 龄：

医 保 号：

特殊人员：

联系电话：

办理信息： (请您仔细核对信息内容，如与办理情况不一致，请及时调整)

业务类型：住院费用报销

开户银行：

领款人电话：

联系电话：

报销类别：

银行卡号：

报销金额：

应直接未直接：

持卡人姓名：

经 办 人：

提示信息： (请您仔细核对信息内容，如有问题可向业务人员咨询)

1、您申请的住院费用报销业务已经办理完成,请您仔细核对信息。

2、您可在医保服务大厅或网上经办大厅查询打印《医疗生育保险报销凭证》。

3、业务办理时间：工作日(法定节假日、休息日除外)，请您合理安排时间前来办理。

4、业务咨询电话：

5、扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 确认信息： 您所办理的住院费用报销业务已办结。  您所办理的住院费用报销业务不符合办理条件，原因： | | |
| 申请人/经办人： | 受理人： | 审核人： |

参保人员个人账户一次性支取业务流程

(经办政务服务事项清单 G002036002003)

为明确参保人员个人账户一次性支取业务的服务对象、受理 条件、办理材料明细、办理流程、办件类型、办理时限及其他事 项制定本流程。

1.服务对象

符合个人账户一次性支取条件的参保人员。

2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细

3.1《职工基本医疗保险个人账户一次性支取申请表》(附件

1)。

3.2 身份证

4.办理流程

4.1 申请

参保单位办理参保人员个人账户一次性支取业务时，可登录 医保经办政务服务网上大厅或到医保经办服务窗口进行申请并 提交材料。

4.2 受理

工作人员对参保单位申报的信息和提交材料进行受理，打印 《吉林省医疗保险业务受理单》改为《吉林省医疗保障业务单》

(附件 2)。如填写内容有误或材料提供不全的，不予受理，并 告知原因。参保单位符合条件后可重新申请。

4.3 审核

工作人员对受理业务进行审核，给出审核意见。

4.4 办结

打印《吉林省医疗保障业务单》(附件 3)。

4.5 送达

办理结果推送。

5.办件类型

承诺件。

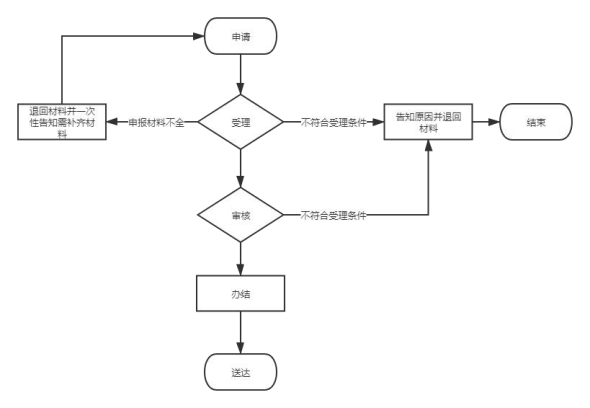
6.办理时限

7 个工作日。

7.其他事项

7.1 办理账户一次性返还后，综合服务部需将《吉林省医疗 保障业务单》(附件 3) 和《吉林省医疗保险待遇支付汇总表》(附 件 4) 移交到基金财务部。

8.业务流程图



附件 1

职工基本医疗保险个人账户一次性支取申请表

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 |  | | | | |



附件 2



吉林省医疗保障业务单



受理编号

受理日期

|  |  |
| --- | --- |
| 基本信息： (请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务) | |
| 单位名称：  单位性质：  法人姓名：  开户银行： | 社会统一信用代码：  通讯地址：  法人联系电话：  银行账号： |
| 申报信息： (请您仔细核对信息内容，如与申报情况不一致，请及时调整)  业务名称：职工基本医疗保险个人账户一次性支取  经 办 人： 联系电话： | |
| 提供材料：  《职工基本医疗保险个人账户一次性支取申请表》  身份证 | |

确认信息： 您所申报职工基本医疗保险个人账户一次性支取业务已受理，办理时限为 7 个工作

日，您可拨打 查询业务办理进度，也可扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务办理进度。

您所申报职工基本医疗保险个人账户一次性支取业务不符合受理条件，原因：

申请人/经办人：

受理人：

附件 3



吉林省医疗保障业务办理单



办理编号

办结日期

基本信息： (请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务)

单位名称：

单位性质：

法人姓名：

开户银行：

社会统一信用代码：

通讯地址：

法人联系电话：

银行账号：

办理信息：(请您仔细核对信息内容，如与办理情况不一致，请及时调整)

业务名称：职工基本医疗保险个人账户一次性支取 开户银行：

银行账号：

经 办 人：

金额：

银行户名：

领 款 人：

联系电话：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 提示信息：(请您仔细核对信息内容，如有问题可向业务人员咨询)  1、业务办理时间：工作日(法定节假日、休息日除外)，请您合理安排时间前来办理。  2、业务咨询电话：  3、扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务。  4 、 更 多 政 策 信 息 、 经 办 流 程 请 登 录 官 方 网 站  微信公众号进行查询。 | | | 或 |
| 确认信息： 您所办理的职工基本医疗保险个人账户一次性支取业务已办结。  您所办理的职工基本医疗保险个人账户一次性支取业务不符合办理条件，原因： | | | |
| 申请人/经办人： | 受理人： | 审核人： | |

— —

208

附件 4

吉林省医疗保险待遇支付汇总表

( 年 月 日--- 年 月 日)

制表日期：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 业务类型 | 单位编号/个人编号 | 单位名称/姓名 | 金额 | 银行户名 | 银行类别 | 开户银行 | 银行帐号 | 受理日期 | 经办人 | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  | 合计 |  | | | | | | | | |  |

制表人：

审核人：

跨省长期异地就医个人账户提取

业务流程

(经办政务服务事项清单-J002036002003)

为明确跨省长期异地就医个人账户提取业务服务对象、受理 条件、办理材料明细、办理流程、办件类型、办理时限及其他事 项制定本流程。

1.服务对象

在就医地发生非直接结算门诊医疗费用的跨省异地就医参 保人员。

2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细

3.1 身份证。

3.2 医疗费报销申请表。

3.3 居住地医药机构医药费用票据。

由他人代办的，需提供代办人身份证。

4.办理流程

4.1 申请

参保人员携带所需材料至医保服务大厅窗口申请跨省长期 异地就医个人账户提取业务。

4.2 受理

工作人员现场对参保人员的跨省长期异地就医个人账户提 取申请进行受理。受理后生成《吉林省医疗保障业务单》(见附

件 1) 并同步至网上经办大厅。

4.3 审核

4.3.1 核定

综合窗口确认人员身份信息后对申请材料的完整性、有效性 进行审核，填写相关信息并确认无误后保存提交。

4.3.2 制单

审核通过后生成《吉林省医疗保障业务单》(见附件 2) 和 《医疗生育保险待遇支付凭证》并同步至网上经办大厅。

4.3.3 拨付

财务部门对票据信息、报销金额、预留银行卡信息再次进行

审核，确认无误后进行拨付。

4.4 办结

报销款项拨付至预留银行卡内。

4.5 送达

参保人员可至医保经办大厅领取《吉林省医疗保障业务单》 (见附件 2) 和《医疗生育保险报销凭证》或登录网上经办大厅

自行打印。

5.办件类型

承诺件。

6.办理时限

7 个工作日。

7.其他事项

7.1 报销款项拨付至本人银行卡的，需提供本人银行卡信息； 拨付至单位经办人银行卡的，需同时提供《单位授权委托书》； 拨付至代办人银行卡的，需同时提供《个人授权委托书》；若报 销本人死亡的，必须提供《单位授权委托书》。

7.2 仅限已办理跨省长期异地就医备案人员办理此业务。

8.业务流程图

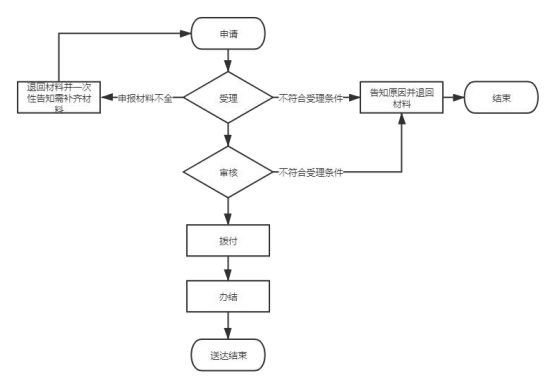


图 1 跨省长期异地就医个人账户提取业务流程图

附件 1



吉林省医疗保障业务单



受理编号

受理日期

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 基本信息：(请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务) | | |
| 姓 名：  身份证号：  人员类别：  单位名称： | 性 别：  参 保 地：  保健对象：  单位编码： | 年 龄：  医 保 号：  特殊人员：  联系电话： |
| 申报信息：(请您仔细核对信息内容，如与申报情况不一致，请及时调整)  业务类型：跨省异地就医个人账户提取 发票张数：  开户银行： 银行卡号： 持卡人姓名：  领款人电话： 经 办 人： 联系电话：  票据总金额： | | |
| 提供材料：  身份证  医疗费报销申请表  居住地医药机构医药费用票据 | | |

确认信息：

您所申报跨省异地就医个人账户提取业务已受理，办理时限为 7 个工作日，您可拨打 查 询业务办理进度，也可扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务办理进度。

您所申报跨省异地就医个人账户提取业务不符合受理条件，原因：

申请人/经办人：

受理人：

附件 2



吉林省医疗保障业务单



办理编号

办结日期

基本信息：(请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务)

姓 名：

身份证号：

人员类别：

单位名称：

性 别：

参 保 地：

保健对象：

单位编码：

年 龄：

医 保 号：

特殊人员：

联系电话：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 办理信息： (请您仔细核对信息内容，如与办理情况不一致，请及时调整) | | 开户银行：  领款人电话：  联系电话： |
| 业务类型：跨省异地就医个人账户提取 银行卡号：  报销金额： | 发票张数：  持卡人姓名：  经 办 人： |

提示信息： (请您仔细核对信息内容，如有问题可向业务人员咨询)

1、您申请的跨省异地就医个人账户提取业务已经办理完成,请您仔细核对信息。

2、您可在医保服务大厅或网上经办大厅查询打印《医疗生育保险报销凭证》。

3、业务办理时间：工作日(法定节假日、休息日除外)，请您合理安排时间前来办理。

4、业务咨询电话：

5、扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 确认信息： 您所办理的跨省异地就医个人账户提取业务已办结。  您所办理的跨省异地就医个人账户提取业务不符合办理条件，原因： | | |
| 申请人/经办人： | 受理人： | 审核人： |
|  | | |

配偶无工作的男职工生育待遇核准

业务流程

(经办政务服务事项清单-J002036007009)

为明确配偶无工作的男职工生育待遇核准业务服务对象、受 理条件、办理材料明细、办理流程、办件类型、办理时限及其他 事项制定本流程。

1.服务对象

符合配偶无工作的男职工生育待遇保障范围的参保人员。 2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细

3.1 身份证。

3.2 申请人结婚证。

3.3《母子健康手册》。

3.4《生育服务证》。

3.5 女方的《就业创业证》或无工作承诺。

他人代办的，需提供代办人身份证。

4.办理流程

4.1 申请

参保单位经办人或参保人在网上服务大厅或医保服务大厅

进行申请。

4.2 受理

工作人员通过网上经办大厅或窗口对参保人员的配偶无工 作的男职工生育待遇核准业务申请进行受理。

4.3 审核

医保经办机构审核信息填写是否符合申报人身份、是否填写 完整并加盖有效印章及上报材料是否符合要求。

4.4 办结

审核通过后生成《吉林省医疗保障业务单》(见附件 1) 并 同步至网上经办大厅。

4.5 送达

参保人员可在网上经办大厅查询配偶无工作的男职工生育 待遇核准业务通过情况或打印业务登记单，可在统筹区内生育定 点医疗机构享受生育待遇。

5.办件类型

即办件。

6.办理时限

1 个工作日。

7.其他事项

7.1 待遇有效期为受理之日起至当次生育结束。

7.2 本地及异地配偶无工作的男职工生育待遇核准业务均依

照此流程办理。

8.业务流程图

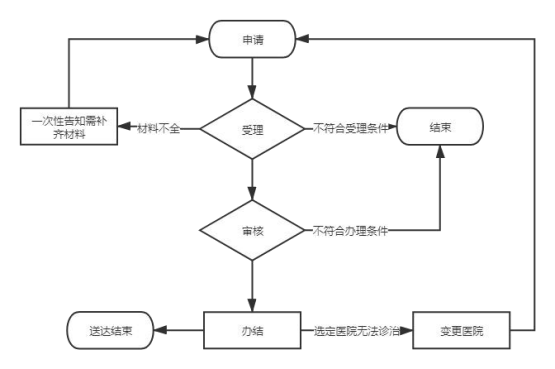


图 1 生育(含无工作男职工配偶) 备案业务流程图

附件 1



吉林省医疗保障业务单



办理编号

办结日期

基本信息：(请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务)

姓 名：

身份证号：

人员类别：

单位名称：

性 别：

参 保 地：

保健对象：

单位编码：

年 龄：

医 保 号：

特殊人员：

联系电话：

办理信息： (请您仔细核对信息内容，如与办理情况不一致，请及时调整)

业务名称：配偶无工作的男职工生育待遇核准

配偶姓名： 身份证号：

登记时间： 开始时间：

经 办 人： 联系电话：

统 筹 区：

终止时间：

办理途径：

提示信息： (请您仔细核对信息内容，如有问题可向业务人员咨询)

1、您申请的配偶无工作的男职工生育待遇核准业务已经办理完成,请您仔细核对信息。

2、您可在统筹区内生育定点医疗机构享受生育待遇，待遇有效期至本次生育结束。

3、业务办理时间：工作日(法定节假日、休息日除外)，请您合理安排时间前来办理。

4、业务咨询电话：

5、扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 确认信息： 您所办理的配偶无工作的男职工生育待遇核准业务已办结。  您所办理的配偶无工作的男职工生育待遇核准业务不符合办理条件，原因： | | |
| 申请人/经办人： | 受理人： | 审核人： |

异地生育(女职工) 待遇核准

业务流程

为明确异地生育(女职工)待遇核准业务服务对象、受理条 件、办理材料明细、办理流程、办件类型、办理时限及其他事项 制定本流程。

1.服务对象

符合异地生育(女职工) 待遇保障范围的参保人员。

2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细

3.1 身份证。

3.2 结婚证。

3.3 母子健康手册。

3.4 生育服务证。

他人代办的，需提供代办人身份证。

4.办理流程

4.1 申请

参保单位经办人或参保人在网上经办大厅或医保服务大厅 进行申请。

4.2 受理

工作人员通过网上经办大厅或窗口对参保人员的异地生育 (女职工) 待遇核准业务申请进行受理。

4.3 审核

医保经办机构审核信息填写是否符合申报人身份、是否填写 完整并加盖有效印章及上报材料是否符合要求。

4.4 办结

审核通过后生成《吉林省医疗保障业务单》(见附件 1) 并 同步至网上经办大厅。

4.5 送达

参保人员可在网上经办大厅查询异地生育(女职工)待遇核 准业务通过情况或打印业务登记单，可在统筹区内生育定点医疗

机构享受生育待遇。

5.办件类型

即办件。

6.办理时限

1 个工作日。

7.其他事项

待遇有效期为受理之日起至当次生育结束。

8.业务流程图

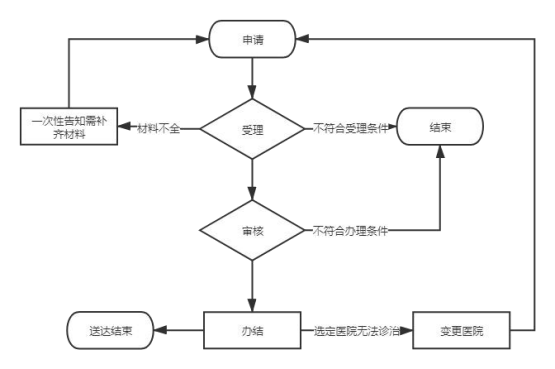


图 1 异地生育(含无工作男职工配偶) 备案业务流程图

附件 1



吉林省医疗保障业务单



办理编号

办结日期

基本信息：(请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务)

姓 名：

身份证号：

人员类别：

单位名称：

性 别：

参 保 地：

保健对象：

单位编码：

年 龄：

医 保 号：

特殊人员：

联系电话：

办理信息：(请您仔细核对信息内容，如与办理情况不一致，请及时调整)

业务名称：异地生育(女职工) 待遇核准 统 筹 区：

登记时间： 开始时间： 终止时间：

经 办 人： 联系电话： 办理途径：

提示信息：(请您仔细核对信息内容，如有问题可向业务人员咨询)

1、您申请的异地生育(女职工) 待遇核准业务已经办理完成,请您仔细核对信息。

2、您可在统筹区内生育定点医疗机构享受生育待遇，待遇有效期至本次生育结束。

3、业务办理时间：工作日(法定节假日、休息日除外)，请您合理安排时间前来办理。

4、业务咨询电话：

5、扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 确认信息： 您所办理的异地生育(女职工) 待遇核准业务已办结。  您所办理的异地生育(女职工) 待遇核准业务不符合办理条件，原因： | | |
| 申请人/经办人： | 受理人： | 审核人： |

生育津贴领取业务流程

(经办政务服务事项清单-J002036007004\_01)

为明确生育津贴领取业务服务对象、受理条件、办理材料明 细、办理流程、办件类型、办理时限及其他事项制定本流程。

1.服务对象

符合生育津贴领取范围的参保人员。

2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细

3.1 生育

3.1.1 经办人身份证。

3.1.2 生育津贴申领登记表。

3.1.3 孩子的出生医学证明。

3.1.4 结婚证。

3.1.5 住院病历或出院诊断书。

由他人代办的，需提供代办人身份证。

3.2 中止妊娠

3.2.1 经办人身份证。

3.2.2 生育津贴申领登记表。

3.2.3 结婚证。

3.2.4 门诊诊断书或出院诊断书。

由他人代办的，需提供代办人身份证。

4.办理流程

4.1 申请

工作人员通过网上经办大厅或现场对女职工生育津贴领取 申请进行受理。受理后生成《吉林省医疗保障业务单》(见附件 1) 并同步至网上经办大厅。

4.2 受理

工作人员即时受理生育津贴申领。

4.3 审核

4.3.1 核定

工作人员根据申请材料给出审核意见。

4.3.2 制单

审核通过后生成《吉林省医疗保障业务单》(见附件 2) 和 《医疗生育保险待遇支付凭证》。

4.3.3 拨付

财务部门对支付金额、预留银行卡信息再次进行审核，确认 无误后进行拨付。

4.4 办结

生育津贴拨付至预留银行卡内。

4.5 送达

参保人员可至医保经办大厅领取《吉林省医疗保障业务单》

(见附件 2) 和《医疗生育保险待遇支付凭证》或登录网上经办 大厅自行打印。

5.办件类型

承诺件。

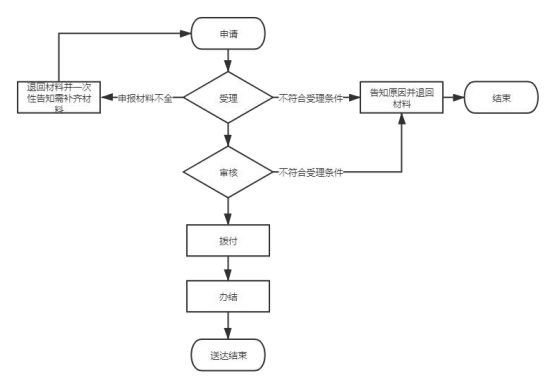
6.办理时限

15 个工作日。

7.其他事项

生育津贴领取业务由单位统一办理。

8.业务流程图





附件 1



吉林省医疗保障业务单



受理编号

受理日期

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 基本信息：(请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务) | | | |
| 姓 名：  身份证号：  人员类别：  单位名称： | 性 别：  参 保 地：  保健对象：  单位编码： | | 年 龄：  医 保 号：  特殊人员：  联系电话： |
| 申报信息：(请您仔细核对信息内容，如与申报情况不一致，请及时调整) | | | |
| 业务类型：生育津贴领取 开户银行：  领款人电话： | | 经 办 人：  银行卡号： | 联系电话：  持卡人姓名： |
| 提供材料：  生育  经办人身份证  生育补贴申领登记表  出生医学证明  结婚证  住院病历或出院诊断书 | | | 中止妊娠  经办人身份证  生育补贴申领登记表  结婚证  门诊诊断书或出院诊断书 |

确认信息： 您所申报生育津贴领取业务已受理，办理时限为 15 个工作日，您可拨打 查询 业务办理进度，也可扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务办理进度。

您所申报生育津贴领取业务不符合受理条件，原因：

申请人/经办人：

受理人：

附件 2



吉林省医疗保障业务单



办理编号

办结日期

基本信息：(请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务)

姓 名：

身份证号：

人员类别：

单位名称：

性 别：

参 保 地：

保健对象：

单位编码：

年 龄：

医 保 号：

特殊人员：

联系电话：

办理信息： (请您仔细核对信息内容，如与办理情况不一致，请及时调整)

业务类型：生育津贴领取

开户银行：

领款人电话：

银行卡号：

经 办 人：

支付金额：

持卡人姓名：

联系电话：

提示信息： (请您仔细核对信息内容，如有问题可向业务人员咨询)

1、您申请的生育津贴领取业务已经办理完成,请您仔细核对信息。

2、您可在医保服务大厅或网上经办大厅查询打印《医疗生育保险报销凭证》。

3、业务办理时间：工作日(法定节假日、休息日除外)，请您合理安排时间前来办理。

4、业务咨询电话：

5、扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 确认信息： 您所办理的生育津贴领取业务已办结。  您所办理的生育津贴领取业务不符合办理条件，原因： | | |
| 申请人/经办人： | 受理人： | 审核人： |
|  | | |

女职工围产补贴领取业务流程

(经办政务服务事项清单-J002036007004\_02)

为明确女职工围产补贴领取业务服务对象、受理条件、办理 材料明细、办理流程、办件类型、办理时限及其他事项制定本流 程。

1.服务对象

符合女职工围产补贴领取范围的参保人员。

2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细

3.1 经办人身份证。

3.2 生育补贴申领登记表(见附件)。

3.3 孩子的出生医学证明。

3.4 结婚证。

由他人代办的，需提供代办人身份证。

4.办理流程

4.1 申请

参保单位经办人或参保人在网上经办大厅或携带相关材料 至经办服务大厅进行申请。

4.2 受理

工作人员通过网上经办大厅或现场对女职工围产补贴领取 申请进行受理。受理后生成《吉林省医疗保障业务单》(见附件 1) 并同步至网上经办大厅。

4.3 审核

4.3.1 核定

工作人员根据申请材料给出审核意见。

4.3.2 制单

审核通过后生成《吉林省医疗保障业务单》(见附件 2) 和 《医疗生育保险待遇支付凭证》并同步至网上经办大厅。

4.3.3 拨付

财务部门对支付金额、预留银行卡信息再次进行审核，确认

无误后进行拨付。

4.4 办结

补贴款项拨付至预留银行卡内。

5.办件类型

承诺件。

6.办理时限

15 个工作日

7.业务流程图

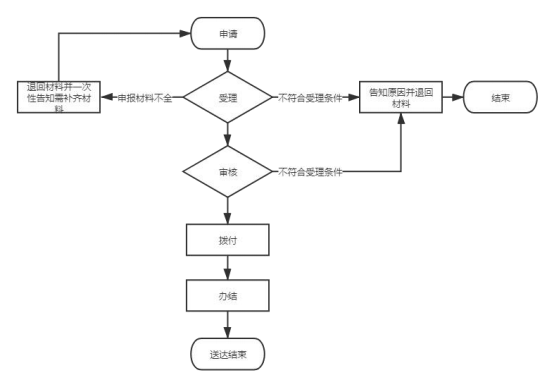


图 1 生育补贴支付业务流程图

— 230 —

附件

单位名称(公章)

生育补贴申领登记表

联系电话：

报送日期：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 申请人姓名 | 个人编号 | 性别 | 子女姓名 | 出生日期 | 身份证号 | 业务类型 | 审批结果 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

温馨提示：

1、此表横版打印。

2、经初步审核，您申办的业务我局已受理，本次业务最终能否享受待遇，以最终实际核定为准。

3、您办理的业务费用领取截止时间为次年 3 月 31 日，逾期视为您个人放弃。护理、围产补贴业务时间以新生儿出生日期计算。

4、业务办理时间：工作日(法定节假日、休息日除外)，请您安排恰当时间办理。

5、咨询服务电话：



附件 1



吉林省医疗保障业务单

受理编号

受理日期

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 基本信息： (请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务) | | | |
| 姓 名：  身份证号：  人员类别：  单位名称： | 性 别：  参 保 地：  保健对象：  单位编码： | | 年 龄：  医 保 号：  特殊人员：  联系电话： |
| 申报信息： (请您仔细核对信息内容，如与申报情况不一致，请及时调整) | | | |
| 业务类型：女职工围产补贴领取  开户银行：  领款人电话： | | 经 办 人：  银行卡号： | 联系电话：  持卡人姓名： |
| 提供材料：  经办人身份证  生育补贴申领登记表  出生医学证明  结婚证 | | | |

确认信息：您所申报女职工围产补贴领取业务已受理，办理时限为 15 个工作日，您可拨打 查 询业务办理进度，也可扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务办理进度。

您所申报女职工围产补贴领取业务不符合受理条件，原因 。

申请人/经办人：

受理人：



附件 2



吉林省医疗保障业务单

办理编号

办结日期

基本信息： (请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务)

姓 名：

身份证号：

人员类别：

单位名称：

性 别：

参 保 地：

保健对象：

单位编码：

年 龄：

医 保 号：

特殊人员：

联系电话：

办理信息：(请您仔细核对信息内容，如与办理情况不一致，请及时调整)

业务类型：女职工围产补贴领取 开户银行：

领款人电话：

银行卡号：

经 办 人：

支付金额：

持卡人姓名：

联系电话：

提示信息： (请您仔细核对信息内容，如有问题可向业务人员咨询)

1、您申请的女职工围产补贴领取业务已经办理完成,请您仔细核对信息。

2、您可在医保服务大厅或网上经办大厅查询打印《医疗生育保险报销凭证》。

3、业务办理时间：工作日(法定节假日、休息日除外)，请您合理安排时间前来办理。

4、业务咨询电话：

5、扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 确认信息： 您所办理的女职工围产补贴领取业务已办结。  您所办理的女职工围产补贴领取业务不符合办理条件。原因： | | |
| 申请人/经办人： | 受理人： | 审核人： |
|  | | |

男职工护理补贴领取业务流程

(经办政务服务事项清单-J002036007004\_03)

为明确男职工护理补贴领取业务服务对象、受理条件、办理 材料明细、办理流程、办件类型、办理时限及其他事项制定本流 程。

1.服务对象

符合男职工护理补贴领取范围的参保人员。

2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细

3.1 经办人身份证。

3.2 生育补贴申领登记表(见附件)。

3.3 出生医学证明。

3.4 结婚证。

由他人代办的，需提供代办人身份证。

4.办理流程

4.1 申请

参保单位经办人或参保人在网上经办大厅或携带相关材料 至经办服务大厅进行申请。

4.2 受理

工作人员通过网上经办大厅或现场对男职工护理补贴领取 申请进行受理。受理后生成《吉林省医疗保障业务单》(见附件 1) 并同步至网上经办大厅。

4.3 审核

4.3.1 初审

工作人员根据申请材料给出审核意见。

4.3.2 制单

审核通过后生成《吉林省医疗保障业务单》(见附件 2) 和 《医疗生育保险待遇支付凭证》并同步至网上经办大厅。

4.3.3 拨付

财务部门对支付金额、预留银行卡信息再次进行审核，确认

无误后进行拨付。

4.4 办结

补贴款项拨付至预留银行卡内。

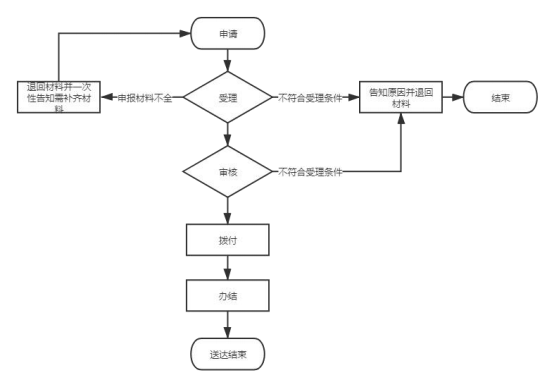
5.办件类型

承诺件。

6.办理时限

15 个工作日

7.业务流程图



— 236 —

附件

单位名称(公章)

生育补贴申领登记表

联系电话：

报送日期：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 申请人姓名 | 个人编号 | 性别 | 子女姓名 | 出生日期 | 身份证号 | 业务类型 | 审批结果 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

温馨提示：

1、此表横版打印。

2、经初步审核，您申办的业务我局已受理，本次业务最终能否享受待遇，以最终实际核定为准。

3、您办理的业务费用领取截止时间为次年 3 月 31 日，逾期视为您个人放弃。护理、围产补贴业务时间以新生儿出生日期计算。

4、业务办理时间：工作日(法定节假日、休息日除外)，请您安排恰当时间办理。

5、咨询服务电话：96618。

附件 1



吉林省医疗保障业务单



受理编号

受理日期

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 基本信息：(请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务) | | | |
| 姓 名：  身份证号：  人员类别：  单位名称： | 性 别：  参 保 地：  保健对象：  单位编码： | | 年 龄：  医 保 号：  特殊人员：  联系电话： |
| 申报信息：(请您仔细核对信息内容，如与申报情况不一致，请及时调整) | | | |
| 业务类型：男职工护理补贴领取  开户银行：  领款人电话： | | 经 办 人：  银行卡号： | 联系电话：  持卡人姓名： |
| 提供材料：  经办人身份证  生育补贴申领登记表  出生医学证明  结婚证 | | | |

确认信息：您所申报男职工护理补贴领取业务已受理，办理时限为 15 个工作日，您可拨打 查 询业务办理进度，也可扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务办理进度。

您所申报男职工护理补贴领取业务不符合受理条件，原因：

申请人/经办人：

受理人：

附件 2



吉林省医疗保障业务单



办理编号

办结日期

基本信息：(请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务)

姓 名：

身份证号：

人员类别：

单位名称：

性 别：

参 保 地：

保健对象：

单位编码：

年 龄：

医 保 号：

特殊人员：

联系电话：

办理信息：(请您仔细核对信息内容，如与办理情况不一致，请及时调整)

业务类型：男职工护理补贴领取 开户银行：

领款人电话：

银行卡号：

经 办 人：

支付金额：

持卡人姓名：

联系电话：

提示信息：(请您仔细核对信息内容，如有问题可向业务人员咨询)

1、您申请的男职工护理补贴领取业务已经办理完成,请您仔细核对信息。

2、您可在医保服务大厅或网上经办大厅查询打印《医疗生育保险报销凭证》。

3、业务办理时间：工作日(法定节假日、休息日除外)，请您合理安排时间前来办理。

4、业务咨询电话：

5、扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 确认信息： 您所办理的男职工护理补贴领取业务已办结。  您所办理的男职工护理补贴领取业务不符合办理条件，原因： | | |
| 申请人/经办人： | 受理人： | 审核人： |
|  | | |

男职工(配偶无工作) 护理补贴领取

业务流程

(经办政务服务事项清单-J002036007004\_04)

为明确男职工(配偶无工作) 护理补贴领取业务服务对象、 受理条件、办理材料明细、办理流程、办件类型、办理时限及其 他事项制定本流程。

1.服务对象

符合男职工(配偶无工作) 护理补贴领取范围的参保人员。 2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细

3.1 经办人身份证。

3.2 生育补贴申领登记表(见附件)。

3.3 出生医学证明。

3.4 结婚证。

3.5 女方就业创业证或无工作承诺。

由他人代办的，需提供代办人身份证。

4.办理流程

4.1 申请

参保单位经办人或参保人在网上经办大厅或携带相关材料

至经办服务大厅进行申请。

4.2 受理

工作人员通过网上经办大厅或现场对男职工(配偶无工作) 护理补贴领取申请进行受理。受理后生成《吉林省医疗保障业务 单》(见附件 1) 并同步至网上经办大厅。

4.3 审核

4.3.1 初审

工作人员对申请材料的真实性进行核查。

4.3.2 制单

审核通过后生成《吉林省医疗保障业务单》(见附件 2) 和 《医疗生育保险待遇支付凭证》并同步至网上经办大厅。

4.3.3 拨付

财务部门对支付金额、预留银行卡信息再次进行审核，确认

无误后进行拨付。

4.4 办结

补贴款项拨付至预留银行卡内。

5.办件类型

承诺件。

6.办理时限

15 个工作日。

7.业务流程图

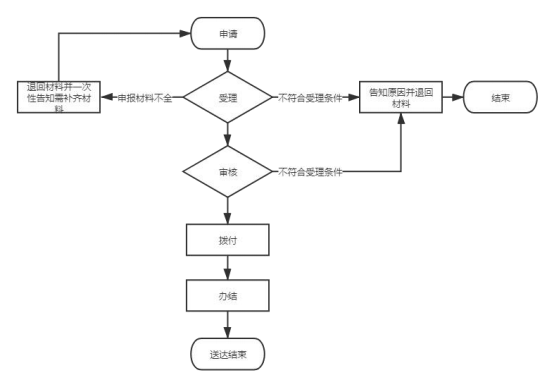


图 1 生育补贴支付业务流程图

— 242 —

附件

单位名称(公章)

生育补贴申领登记表

联系电话：

报送日期：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 申请人姓名 | 个人编号 | 性别 | 子女姓名 | 出生日期 | 身份证号 | 业务类型 | 审批结果 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

温馨提示：

1、此表横版打印。

2、经初步审核，您申办的业务我局已受理，本次业务最终能否享受待遇，以最终实际核定为准。

3、您办理的业务费用领取截止时间为次年 3 月 31 日，逾期视为您个人放弃。护理、围产补贴业务时间以新生儿出生日期计算。

4、业务办理时间：工作日(法定节假日、休息日除外)，请您安排恰当时间办理。

5、咨询服务电话：



附件 1



吉林省医疗保障业务单



受理编号

受理日期

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 基本信息：(请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务) | | |
| 姓 名：  身份证号：  人员类别：  单位名称： | 性 别：  参 保 地：  保健对象：  单位编码： | 年 龄：  医 保 号：  特殊人员：  联系电话： |
| 申报信息：(请您仔细核对信息内容，如与申报情况不一致，请及时调整)  业务类型：男职工(配偶无工作) 护理补贴领取 经 办 人： 联系电话：  开户银行： 银行卡号： 持卡人姓名：  领款人电话： | | |
| 提供材料：  经办人身份证  生育补贴申领登记表  孩子的出生医学证明  结婚证  女方就业创业证或无工作承诺 | | |

确认信息：您所申报男职工(配偶无工作) 护理补贴领取业务已受理，办理时限为 15 个工作日， 您可拨打 查询业务办理进度，也可扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务办理进度。

您所申报男职工(配偶无工作) 护理补贴领取业务不符合受理条件，原因：

申请人/经办人：

受理人：

医疗救助对象异地费用手工(零星) 报销

业务流程

(经办政务服务事项清单-G002036008002)

为明确医疗救助对象异地费用手工(零星)报销业务服务对 象、受理条件、办理材料明细、办理流程、办件类型、办理时限 及其他事项制定本流程。

1.服务对象

城乡特困供养对象、孤儿和低保对象。

2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细

3.1 医保电子凭证或身份证或社保卡。

3.2 医疗救助申请卡。

3.3 医保结算票据。

3.4 门诊诊断书或出院诊断书。

他人代办的，需提供代办人身份证。

4.办理流程

4.1 申请

参保人员携带所需材料至医保服务大厅窗口申请医疗救助 对象异地费用手工(零星) 报销业务。

4.2 受理

工作人员现场对参保人员的医疗救助对象异地费用手工(零 星) 报销申请进行受理。

4.3 审核

4.3.1 初审

4.3.1.1 录入

综合窗口确认人员身份信息后对申请材料的完整性、有效性 进行审核，填写相关信息并确认无误后保存提交。

4.3.1.2 制单

审核通过后生成《吉林省医疗保障业务单》(见附件 1) 并 同步至网上经办大厅。

4.3.2 复审

4.3.2.1 核定

业务部门对综合窗口受理的材料进行审核并进行费用核定。

4.3.2.2 制单

打印《吉林省医疗保障业务单》(见附件 2) 和《医疗工伤 生育保险待遇支付凭证》，并同步到网上服务大厅。

4.3.3 拨付

财务部门对票据信息、报销金额、预留银行卡信息再次进行 审核，确认无误后进行拨付。

4.4 办结

报销款项拨付至预留银行卡内。

5.办件类型

承诺件。

6.办理时限

22 个工作日。

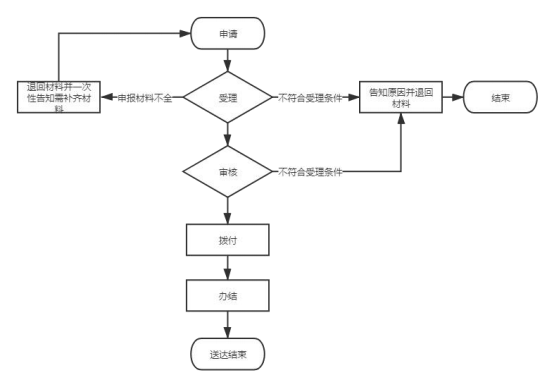
7.其他事项

7.1 报销款项拨付至本人银行卡的，需提供本人银行卡信息； 拨付至单位经办人银行卡的，需同时提供《单位授权委托书》； 拨付至代办人银行卡的，需同时提供《个人授权委托书》；若报 销本人死亡的，必须提供《单位授权委托书》。

7.2 申请受理后报销材料将无法退还，如有需要可至医保经 办大厅申请复印。

7.3 当年就医发生的医疗费请于次年 3 月 31 日前至医保服 务大厅申请报销，逾期视为自动放弃；若存在不可抗力原因无法 进行报销申请，可视情况延期。

8.业务流程图





附件 1



吉林省医疗保障业务单



受理编号

受理日期

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 基本信息：(请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务) | | |
| 姓 名：  身份证号：  人员类别：  单位名称： | 性 别：  参 保 地：  保健对象：  单位编码： | 年 龄：  医 保 号：  特殊人员：  联系电话： |
| 申报信息：(请您仔细核对信息内容，如与申报情况不一致，请及时调整)  业务类型： 医疗救助对象异地费用手工(零星) 报销 发票张数：  开户银行： 银行卡号： 持卡人姓名：  领款人电话： 经 办 人： 联系电话： | | |
| 提供材料：  医保电子凭证或身份证或社保卡  医疗救助申请卡  医保结算票据  门诊诊断书或出院诊断书 | | |

确认信息：您所申报医疗救助对象异地费用手工(零星) 报销业务已受理，办理时限为 22 个工 作日，您可拨打 查询业务办理进度，也可扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务办理进度。

您所申报医疗救助对象异地费用手工(零星) 报销业务不符合受理条件，原因:

申请人/经办人：

受理人：

附件 2



吉林省医疗保障业务单



办理编号

办结日期

基本信息：(请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务)

姓 名：

身份证号：

人员类别：

单位名称：

性 别：

参 保 地：

保健对象：

单位编码：

年 龄：

医 保 号：

特殊人员：

联系电话：

办理信息：(请您仔细核对信息内容，如与办理情况不一致，请及时调整)

业务类型： 医疗救助对象异地费用手工(零星) 报销 报销金额：

开户银行： 银行卡号： 持卡人姓名：

领款人电话： 经 办 人： 联系电话：

提示信息：(请您仔细核对信息内容，如有问题可向业务人员咨询)

1、您申请的医疗救助对象异地费用手工(零星) 报销业务已经办理完成,请您仔细核对信息。

2、您可在医保服务大厅或网上经办大厅查询打印《医疗生育保险报销凭证》。

3、业务办理时间：工作日(法定节假日、休息日除外)，请您合理安排时间前来办理。

4、业务咨询电话：

5、扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 确认信息： 您所办理的医疗救助对象异地费用手工(零星) 报销业务已办结。  您所办理的医疗救助对象异地费用手工(零星) 报销业务不符合办理条件,原因： | | |
| 申请人/经办人： | 受理人： | 审核人： |

医疗机构申请定点协议管理业务流程

(经办政务服务事项清单 G002036009001)

为明确医疗机构申请定点协议管理业务的服务对象、受理条 件、办理材料明细、办理流程、办件类型、办理时限及其他事项 制定本流程。

1.服务对象

医疗机构。

2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细

3.1《定点医疗机构申请表》(附件 1)

3.2 医疗机构执业许可证或中医诊所备案证或军队医疗机构 为民服务许可证照复印件

3.3 与医保政策对应的内部管理制度和财务制度文本 3.4 与医保有关的医疗机构信息系统相关材料

3.5 纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告 4.办理流程

4.1 申请

符合条件的医疗机构办理申请定点协议管理业务时，可登录 医保经办政务服务网上大厅或到医保经办服务窗口进行申请并

提交材料。

4.2 受理

工作人员对医疗机构申报的信息和提交材料进行受理，打印 《吉林省医疗保障业务单》(附件 2)。如填写内容有误或材料提 供不全的，不予受理，并告知原因。医疗机构符合条件后可重新 申请。

4.3 审核

工作人员对受理业务进行审核，给出审核意见。

4.4 评估

经办机构组织开展履约能力评估工作。

4.5 公示

纳入拟签订医保协议的医疗机构名单向社会公示。

4.6 协议签订

经办机构与拟签订医保协议的医疗机构签订医疗保障服务 协议。

4.7 办结

工作人员向定点医疗机构发放(邮寄) 协议，打印《吉林省 医疗保障业务单》(附件 3)。

4.8 送达

办理结果推送。

5.办件类型

承诺件。

6.办理时限

3 个月。

7.注意事项

工作人员对受理业务进行审核时需要修正、补齐的材料，医 疗机构需在 5 个工作日内一次性补正。

8.业务流程图

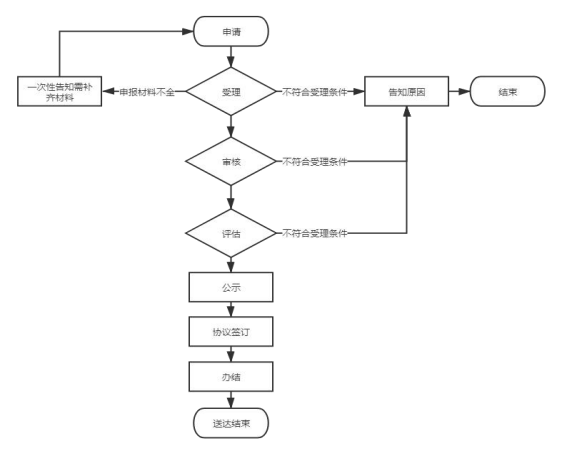


图 1 医疗机构申请定点协议管理业务流程

附件 1

定点医疗机构申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请单位名称 |  | | |
| 经营地址 |  | | |
| 统一社会信用代码 |  | | |
| 成立时间 | 例：2020.01.02 | 所属社区 | 例：荣光社区 |
| 是否为其他  医保定点 |  | 房屋类型 | □自有 □租赁 |
| 申请开通医保 服务内容 | □基本医疗保险 □门诊慢性病 □门诊特殊疾病 □特药 | | |
| 银行账号 |  | 公开服务电话 |  |
| 法定代表人 |  | 联系电话 |  |
| 医保负责人 |  | 联系电话 |  |



附件 2



受理编号

吉林省医疗保障业务单

受理日期

|  |
| --- |
| 基本信息：(请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务)  单位名称： |
| 申报信息：(请您仔细核对信息内容，如与申报情况不一致，请及时调整)  业务名称： 医疗机构申请定点协议管理业务  经 办 人： 联系电话： |
| 提供材料：  《定点医疗机构申请表》  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照复印件 与医保政策对应的内部管理制度和财务制度文本  与医保有关的医疗机构信息系统相关材料  纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告 |

确认信息： 您所申报医疗机构申请定点协议管理业务已受理， 办理时限为 3 个月， 您可拨打 查询业务办理进度，也可扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务办理进度。

您所申报医疗机构申请定点协议管理业务流程业务不符合受理条件，原因：

申请人/经办人：

受理人：

附件 3



吉林省医疗保障业务单



办理编号

办结日期

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 基本信息：(请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务) 单位名称： | | |
| 办理信息： (请您仔细核对信息内容，如与办理情况不一致，请及时调整)  业务名称： 医疗机构申请定点协议管理业务  经 办 人： 联系电话： | | |
| 提示信息： (请您仔细核对信息内容，如有问题可向业务人员咨询)  1、您申请的医疗机构申请定点协议管理业务已经办理完成,请您关注公示信息。  2、业务办理时间：工作日(法定节假日、休息日除外)，请您合理安排时间前来办理。  3、业务咨询电话：  4、扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务。  5、更多政策信息、经办流程请登录 官方网站 或 微信  公众号进行查询。 | | |
| 确认信息： 您所办理的医疗机构申请定点协议管理业务已办结。  您所办理的医疗机构申请定点协议管理业务未通过。 | | |
| 申请人/经办人： | 受理人： | 审核人： |

医疗机构服务协议续签业务流程

(经办政务服务事项清单 J002036009001)

为明确医疗机构服务协议续签业务的服务对象、受理条件、 办理材料明细、办理流程、办件类型、办理时限及其他事项制定 本流程。

1.服务对象

定点医疗机构

2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细

3.1《医疗机构执业许可证》。

3.2 单位证照(依单位性质不同分别提供)。

《事业单位法人证书》(事业)。

《营业执照》(企业)。

《民办非企业单位登记证书》(民办非企业)。 3.3 房屋所有产权证或租赁合同。

4.办理流程

4.1 申请

定点医疗机构办理医疗机构服务协议续签业务时，可登录医 保经办政务服务网上大厅或到医保经办服务窗口进行申请并提 交材料。

4.2 受理

工作人员对定点医疗机构申报的信息和提交材料进行受理， 打印《吉林省医疗保障业务单》(附件 1)。如填写内容有误或材 料提供不全的，不予受理，并告知原因。定点医疗机构符合条件 后可重新申请。

4.3 审核

工作人员对受理业务进行审核，给出审核意见。

4.4 签订协议

经办机构与定点医疗机构签订医疗保障服务协议。

4.5 办结

工作人员向定点医疗机构发放(邮寄) 协议，打印《吉林省 医疗保障业务单》(附件 2)。

4.6 送达

办理结果推送。

5.办件类型

承诺件。

6.办理时限

30 个工作日。

7.业务流程图

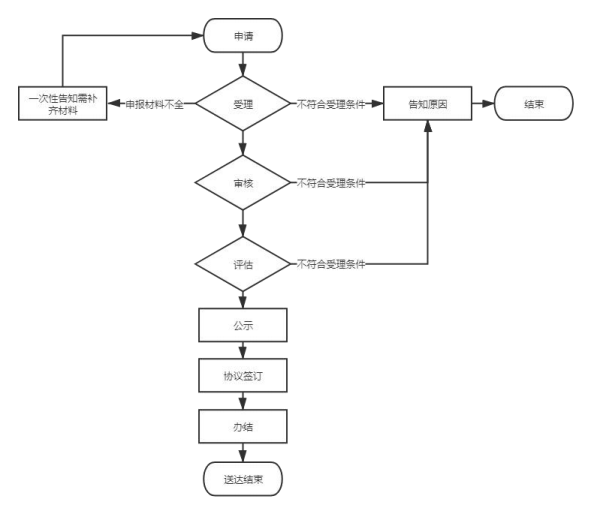


图 1 医疗机构服务协议续签业务流程



附件 1



吉林省医疗保障业务单



受理编号

受理日期

|  |  |
| --- | --- |
| 基本信息：(请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务) | |
| 定点编码： | 单位名称： |
| 申报信息：(请您仔细核对信息内容，如与申报情况不一致，请及时调整)  业务名称： 医疗机构服务协议续签  经 办 人： 联系电话： | |
| 提供材料：  《医疗机构执业许可证》  单位证照(依单位性质不同分别提供)  《事业单位法人证书》(事业)  《营业执照》(企业)  《民办非企业单位登记证书》(民办非企业)  房屋所有产权证或租赁合同 | |

确认信息： 您所申报医疗机构服务协议续签业务已受理，办理时限为 30 个工作日， 您可拨打 查询业务办理进度，也可扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务办理进度。

您所申报医疗机构服务协议续签业务流程业务不符合受理条件，原因：

申请人/经办人：

受理人：



附件 2



办理编号

吉林省医疗保障业务单

办结日期

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 基本信息：(请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务) | | |
| 定点编码： | 单位名称： | |
| 办理信息：(请您仔细核对信息内容，如与办理情况不一致，请及时调整)  业务名称： 医疗机构服务协议续签业务  经 办 人： 联系电话： | | |
| 提示信息：(请您仔细核对信息内容，如有问题可向业务人员咨询)  1、您申请的医疗机构服务协议续签业务已经办理完成,请您仔细核对信息。  2、业务办理时间：工作日(法定节假日、休息日除外)，请您合理安排时间前来办理。  3、业务咨询电话：  4、扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务。  5、更多政策信息、经办流程请登录 官方网站 或 微信  公众号进行查询。 | | |
| 确认信息： 您所办理的医疗机构服务协议续签业务已办结。  您所办理的医疗机构服务协议续签业务未通过。 | | |
| 申请人/经办人： | 受理人： | 审核人： |

零售药店申请定点协议管理业务流程

(经办政务服务事项清单 G002036009002)

为明确零售药店申请定点协议管理业务的服务对象、受理条 件、办理材料明细、办理流程、办件类型、办理时限及其他事项 制定本流程。

1.服务对象

零售药店。

2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细

3.1《定点零售药店申请表》(附件 1)。

3.2 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。

3.3 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。

3.4 医保专(兼)职管理人员的劳动合同复印件。

3.5 与医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度文本。 3.6 与医保有关的信息系统相关材料。

3.7 纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告。 4.业务流程

4.1 申请

符合条件的零售药店办理申请定点协议管理业务时，可登录 医保经办政务服务网上大厅或到医保经办服务窗口进行申请并 提交材料。

4.2 受理

工作人员对零售药店申报的信息和提交材料进行受理，打印 《吉林省医疗保障业务单》(附件 2)。如填写内容有误或材料提 供不全的，不予受理，并告知原因。零售药店符合条件后可重新 申请。

4.3 审核

工作人员对受理业务进行审核，给出审核意见。

4.4 评估

经办机构组织开展履约能力评估工作。

4.5 公示

纳入拟签订医保协议的零售药店名单向社会公示。

4.6 协议签订

经办机构与拟签订医保协议的零售药店签订医疗保障服务 协议。

4.7 办结

工作人员向定点零售药店发放(邮寄) 协议，打印《吉林省 医疗保障业务单》(附件 3)。

4.8 送达

办理结果推送。

5.办件类型

承诺件。

6.办理时限

3 个月。

7.注意事项

工作人员对受理业务进行审核时需要修正、补齐的材料，零 售药店需在 5 个工作日内一次性补正。

8.业务流程图

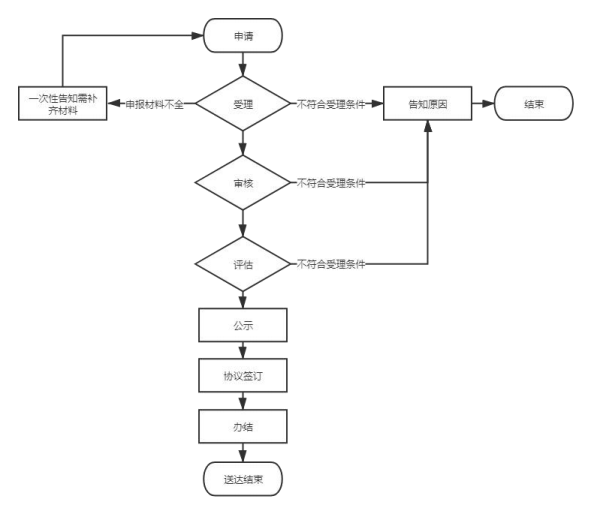


图 1 零售药店申请定点协议管理业务业务流程

附件 1

定点零售药店申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请单位名称 |  | | |
| 经营地址 |  | | |
| 统一社会信用代码 |  | | |
| 成立时间 | 例：2020.01.02 | 所属社区 | 例：荣光社区 |
| 是否为其他  医保定点 |  | 房屋类型 | □自有 □租赁 |
| 申请开通医保 服务内容 | □基本医疗保险 □门诊慢性病 □门诊特殊疾病 □特药 | | |
| 银行账号 |  | 公开服务电话 |  |
| 法定代表人 |  | 联系电话 |  |
| 医保负责人 |  | 联系电话 |  |

附件 2



吉林省医疗保障业务单



受理编号

受理日期

基本信息：(请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务)

单位名称：

|  |  |
| --- | --- |
| 申报信息：(请您仔细核对信息内容，如与申报情况不一致，请及时调整)  业务名称：零售药店申请定点协议管理业务  经 办 人： 联系电话： | |
| 提供材料：  《定点零售药店申请表》  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 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  医保专(兼)职管理人员的劳动合同复印件  与医保政策对应的内部管理制度和财务制度文本  与医保有关的信息系统相关材料  纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告 | |
| 确认信息： 您所申报零售药店申请定点协议管理业务已受理， 办理时限为 3 个月， 您可拨打  查询业务办理进度，也可扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务办理进度。  您所申报零售药店申请定点协议管理业务不符合受理条件，原因： | |
| 申请人/经办人： | 受理人： |

附件 3



吉林省医疗保障业务单



办理编号

办结日期

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 基本信息：(请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务) 单位名称： | | |
| 办理信息：(请您仔细核对信息内容，如与办理情况不一致，请及时调整)  业务名称：零售药店申请定点协议管理业务  经 办 人： 联系电话： | | |
| 提示信息：(请您仔细核对信息内容，如有问题可向业务人员咨询)  1、您申请的零售药店申请定点协议管理业务已经办理完成,请您关注公示信息。  2、业务办理时间：工作日(法定节假日、休息日除外)，请您合理安排时间前来办理。  3、业务咨询电话：  4、扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务。  5、更多政策信息、经办流程请登录 官方网站 或 微信  公众号进行查询。 | | |
| 确认信息： 您所办理的零售药店申请定点协议管理业务已办结。  您所办理的零售药店申请定点协议管理业务未通过。 | | |
| 申请人/经办人： | 受理人： | 审核人： |
|  | | |

零售药店服务协议续签业务流程

(经办政务服务事项清单-J002036009002)

为明确零售药店服务协议续签业务的服务对象、受理条件、 办理材料明细、办理流程、办件类型、办理时限及其他事项制定 本流程。

1.服务对象

定点零售药店。

2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细

3.1《药品经营许可证》。

3.2《营业执照》。

3.3 房屋所有产权证或租赁合同。

4.办理流程

4.1 申请

定点零售药店办理零售药店服务协议续签业务时，可登录医 保经办政务服务网上大厅或到医保经办服务窗口进行申请并提 交材料。

4.2 受理

工作人员对定点零售药店申报的信息和提交材料进行受理， 打印《吉林省医疗保障业务单》(附件 1)。如填写内容有误或材

料提供不全的，不予受理，并告知原因。定点零售药店符合条件 后可重新申请。

4.3 审核

工作人员对受理业务进行审核，给出审核意见。

4.4 签订协议

经办机构与定点零售药店签订医疗保障服务协议。

4.5 办结

工作人员向定点零售药店发放(邮寄) 协议，打印《吉林省 医疗保障业务单》(附件 2)。

4.6 送达

办理结果推送。

5.办件类型

承诺件。

6.办理时限

30 个工作日。

7.业务流程图

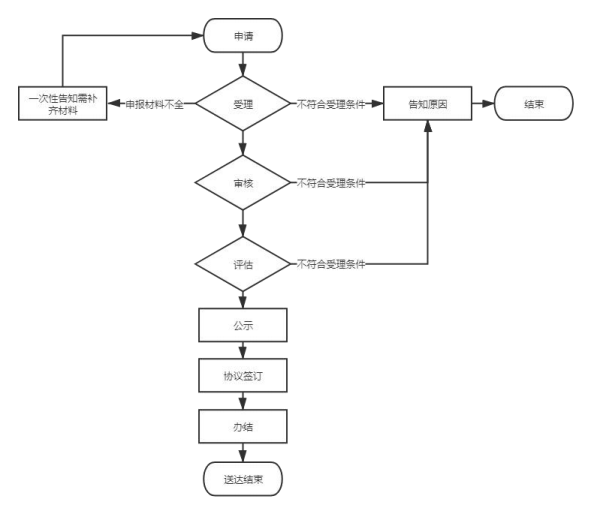


图 1 零售药店服务协议续签业务流程



附件 1



受理编号

吉林省医疗保障业务单

受理日期

|  |  |
| --- | --- |
| 基本信息：(请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务) | |
| 定点编码： | 单位名称： |
| 申报信息：(请您仔细核对信息内容，如与申报情况不一致，请及时调整)  业务名称：零售药店服务协议续签  经 办 人： 联系电话： | |
| 提供材料：  《药品经营许可证》  《营业执照》  房屋所有产权证或租赁合同 | |

确认信息： 您所申报零售药店服务协议续签业务已受理，办理时限为 30 个工作日， 您可拨打 查询业务办理进度，也可扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务办理进度。

您所申报零售药店服务协议续签业务不符合受理条件，原因：

申请人/经办人：

受理人：

附件 2



吉林省医疗保障业务单



办理编号

办结日期

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 基本信息：(请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务) | | |
| 定点编码： | 单位名称： | |
| 办理信息：(请您仔细核对信息内容，如与办理情况不一致，请及时调整)  业务名称：零售药店服务协议续签业务  经 办 人： 联系电话： | | |
| 提示信息：(请您仔细核对信息内容，如有问题可向业务人员咨询)  1、您申请的零售药店服务协议续签业务已经办理完成,请您仔细核对信息。  2、业务办理时间：工作日(法定节假日、休息日除外)，请您合理安排时间前来办理。  3、业务咨询电话：  4、扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务。  5、更多政策信息、经办流程请登录 官方网站 或 微信  公众号进行查询。 | | |
| 确认信息： 您所办理的零售药店服务协议续签业务已办结。  您所办理的零售药店服务协议续签业务未通过。 | | |
| 申请人/经办人： | 受理人： | 审核人： |

定点机构医保费用月结算业务流程

(经办政务服务事项清单 G002036001001\_01)

为明确定点机构医保费用月结算业务的服务对象、受理条 件、办理材料明细、办理流程、办件类型、办理时限及其他事项 制定本流程。

1.服务对象

定点机构

2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细

《定点医药机构医保费用结算表》。

4.办理流程

4.1 申请

4.1.1 定点机构经办人在定点端进行月结算申报。

4.1.2 定点机构办理医保费用月结算业务时，可登录医保经 办政务服务网上大厅、钉钉平台或到医保经办服务窗口提交材 料。

4.1.3 定点机构通过网络提交材料时需导出《吉林省定点机 构医保费用结算表》并添加电子签章。定点机构通过医保经办服 务窗口提交材料时需打印《吉林省定点机构医保费用结算表》并 加盖财务章、审核章、法人代标章。

4.2 受理

工作人员对定点机构申报的信息和提交材料进行受理，如填 写内容有误或材料提供不全的，不予受理，并告知原因。定点机 构符合条件后可重新申请。

4.3 审核

工作人员对申报材料进行审核，给出审核意见。

4.4 办结

财务部门对复审合格的《吉林省定点机构医保费用结算表》 进行拨付。

4.5 送达

定点机构收到相关款项。

5.办件类型

承诺件。

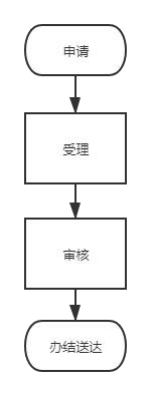
6.办理时限

20 个工作日。

7.其他事项

每月 3--8 日为月结算期(因国家局数据上报的期限要求， 结算日期节假日不顺延)

8.业务流程图



定点机构医保费用年结算业务流程

(经办政务服务事项清单 G002036001001\_02)

为明确定点机构医保费用年结算业务的服务对象、受理条 件、办理材料明细、办理流程、办件类型、办理时限及其他事项 制定本流程。

1.服务对象

定点机构。

2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细

《医疗保障基金年结算表》。

《医疗保障基金年度对账表》。

4.办理流程

4.1 年度对账

4.1.1 申请

4.1.1.1 定点机构经办人在定点端进行年结算对账。

4.1.1.2 定点机构办理医保费用年度对账业务时，可登录医

保经办政务服务网上大厅、钉钉平台或到医保经办服务窗口提交 材料。

4.1.1.3 定点机构通过网络提交材料时需导出《医疗保障基 金年度对账表》并添加电子签章。定点机构通过医保经办服务窗

口提交材料时需打印《医疗保障基金年度对账表》并加盖财务章、 审核章、法人代标章。

4.1.2 受理

工作人员对定点机构申报的信息和提交材料进行受理，如填 写内容有误或材料提供不全的，不予受理，并告知原因。定点机 构符合条件后可重新申请。

4.1.3 审核

工作人员对申报材料进行审核，给出审核意见。 4.1.4 办结

业务部门审核《医疗保障基金年度对账表》信息无误。

4.1.5 送达

业务部门对审核完成的《医疗保障基金年度对账表》进行存 档。

4.2 年结算

4.2.1 申请

4.2.1.1 定点机构经办人在定点端进行年结算申报。

4.2.1.2 定点机构办理医保费用年结算业务时，可登录医保

经办政务服务网上大厅、钉钉平台或到医保经办服务窗口提交材 料。

4.2.1.3 定点机构通过网络提交材料时需导出《医疗保障基 金年结算表》并添加电子签章。定点机构通过医保经办服务窗口 提交材料时需打印《医疗保障基金年结算表》并加盖财务章、审

核章、法人代标章。

4.2.2 受理

工作人员对定点机构申报的信息和提交材料进行受理，如填 写内容有误或材料提供不全的，不予受理，并告知原因。定点机 构符合条件后可重新申请。

4.2.3 审核

工作人员对申报材料进行审核，给出审核意见。

4.2.4 办结

财务部门对复审合格的《医疗保障基金年结算表》进行拨付。 4.2.5 送达

定点机构收到相关款项。

5.办件类型

承诺件

6.办理时限

6.1 年度对账

20 个工作日

6.2 年结算

20 个工作日

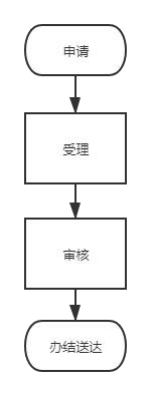
7.其他事项

7.1 每年 3 月底前进行对账。各定点机构逾期未进行对账视 同为默认年终结算数据正确。

7.2 每年 4 月底前开始年终结算受理。各定点机构逾期未进

行年结算申请的视同为放弃年结算。

8.业务流程图



单位缴费基数申报(年度) 业务流程

(经办政务服务事项清单 J002036011001)

为明确单位缴费基数申报业务的服务对象、受理条件、办理 材料明细、办理流程、办件类型、办理时限制定本流程。

1.服务对象

参保单位(由单位经办人办理)

2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细

年度申报：《基本医疗保险缴费基数申报表》(附件 1) 4.办理流程

4.1 申请

参保单位办理单位缴费基数申报业务时，可登录医保经办政 务服务网上大厅或到医保经办服务窗口进行申请并提交材料。

4.2 受理

工作人员对参保单位申报的信息和提交材料进行受理，如填 写内容有误或材料提供不全的，不予受理，并告知原因。参保单 位符合条件后可重新申请。

4.3 审核

工作人员对受理业务进行审核，给出审核意见。

4.4 办结

打印《吉林省医疗保障业务单》(附件 2) 。

4.5 送达

办理结果推送。

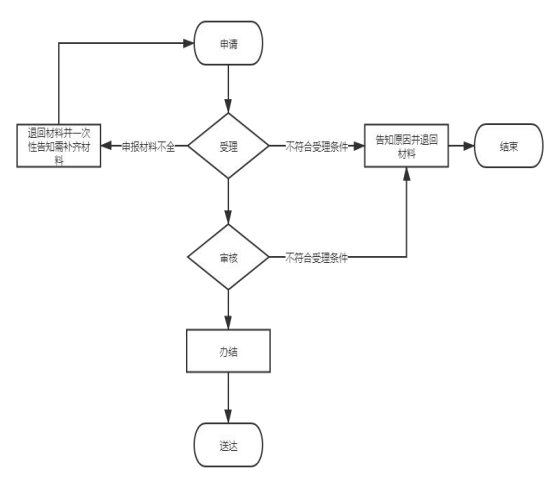
5.办件类型

承诺件。

6.办理时限

5 个工作日。

7.业务流程图



— 281 —

附件 1

基本医疗保险缴费基数申报表

单位公章:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位编号 |  | 单位名称 |  | 年度 |  |
| 单位总人数 |  | 在职人数 |  | 退休人数 |  |
| 上年月平均工资总额 |  | 在职人员月平均工资总额 |  | 退休人员月平均工资总额 |  |
| 当年月缴费基数总额 |  | 在职人员月缴费基数总额 |  | 退休人员月缴费基数总额 |  |
| 当年月缴费基数低于社 平工资的人数 |  | 当年月缴费基数为社平工 资 60%的人数 |  | 当年月缴费基数为社平工  资 60%的人数占在职人数  百分比 |  |

填报人：

联系方式：

填报时间：

附件 2



办理编号

吉林省医疗保障业务单

办结日期



基本信息：

单位名称： 单位性质： 法人姓名： 开户银行：

(请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务)

社会统一信用代码：

通讯地址：

法人联系电话：

银行账号：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 办理信息： (请您仔细核对信息内容，如与办理情况不一致，请及时调整)  业务名称：单位缴费基数申报业务  经 办 人： 联系电话： | | |
| 提示信息 (请您仔细核对信息内容，如有问题可向业务人员咨询)  1、您申请的单位核定参保单位缴费基数业务已经办理完成,请您仔细核对信息。  2、业务办理时间：工作日(法定节假日、休息日除外) ，请您合理安排时间前来办理。  3、业务咨询电话：  4、扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务。  5、政策信息、经办流程请登录 官方网站 或 微  信公众号进行查询。 | | |
| 确认信息： 您所办理的单位缴费基数申报业务已办结。  您所办理的单位缴费基数申报业务不符合办理条件，原因： | | |
| 申请人/经办人签字： | 受理人： | 审核人： |

职工缴费基数申报业务流程(参保申报)

(医保政务服务事项清单 J002036012002)

为明确职工参保缴费基数申报业务的服务对象、受理条件、 办理材料明细、办理流程、办件类型、办理时限及其他事项制定 本流程。

1.服务对象

需申报参保缴费基数的职工 (需参保单位代办) 。 2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细

《职工工资发放花名册》(工资表) 或《退休人员调资校对 表》。

4.办理流程

4.1 申请

参保单位办理职工应缴基本医疗保险费核定业务时，可登录 医保经办政务服务网上大厅或到医保经办服务窗口进行申请并 提交材料。

4.2 受理

工作人员对参保单位申报的信息和提交材料进行受理，打印 《吉林省医疗保险业务受理单》。如填写内容有误或材料提供不 全的，不予受理，并告知原因。参保单位符合条件后可重新申请。

4.3 审核

工作人员对受理业务进行审核，给出审核意见。

4.4 办结

打印《吉林省医疗保险业务办理单》和《吉林省医疗保险职 工参保登记业务明细表》。

4.5 送达

办结结果推送。

5.办件类型

承诺件。

6.办理时限

5 个工作日。

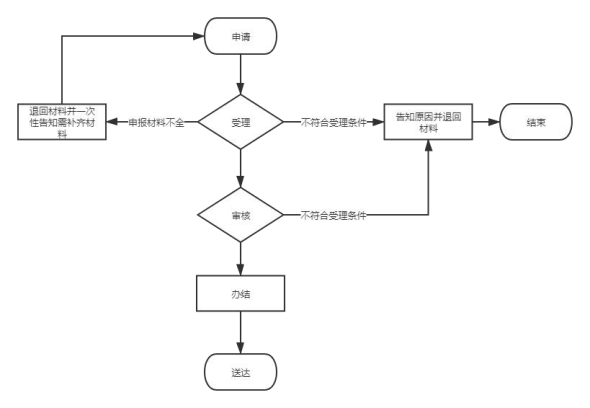
7.其他事项

7.1 机关事业单位的工资表为首月工资核定表；企业职工的 工资表为工资表、工资发放表或劳动合同(劳动合同中体现工资 项的) ；《退休人员调资校对表》为养老金核定表，若为以前年 度退休的还需提供当前年度退休工资表。

7.2 办理职工新参保，不能提供工资表的工资暂以临时标准 (上一年度社平工资下限)为缴费基数；办理在职转退休业务时， 不能及时提供养老金核定表的，工资基数暂以临时标准“0”元 核定。补交工资材料后，按实际工资进行补收并补划个人账户。

7.3 本事项与参保登记同步办理。

8.业务流程图



职工退保变更登记业务流程

(医保政务服务事项清单 G002036001005\_02\_04)

为明确职工退保变更业务的服务对象、受理条件、办理材 料明细、办理流程、办件类型、办理时限及其他事项制定本流 程。

1.服务对象

符合退保条件的参保人员(参保单位代办) 。 2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细 3.1《职工基本医疗保险参保登记表》(附件 1) 。

3.2《居民死亡医学证明(推断) 书》或《火化证》或户口 注销登记页(死亡) 。

4.业务流程

4.1 申请

参保单位办理职工退保变更登记业务时，可登录医保经办 政务服务网上大厅或到医保经办服务窗口进行申请并提交材 料。

4.2 受理

工作人员对参保单位申报的信息和提交材料进行受理，打 印《吉林省医疗保障业务单》(附件 2) 。如填写内容有误或

材料提供不全的，不予受理，并告知原因。参保单位符合条件 后可重新申请。

4.3 审核

工作人员对受理业务进行审核，给出审核意见。

4.4 办结

打印《吉林省医疗保障业务单》(附件 3) 及《吉林省医 疗保险职工退保变更业务明细表》(附件 4) 。

4.5 送达

办理结果推送。

5.办件类型

承诺件。

6.办理时限

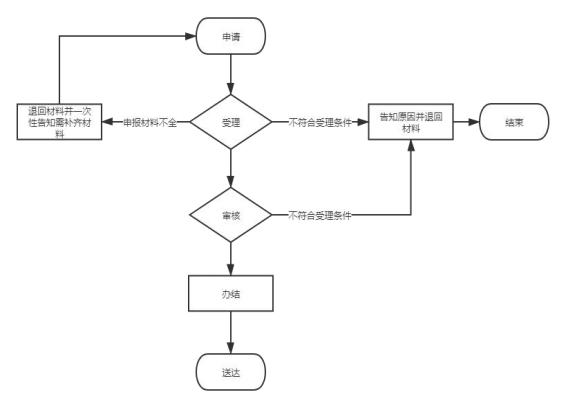
5 个工作日。

7.其他事项

7.1 离休、六级及以上残疾军人办理死亡退保，可参照职 工退保业务办理， 同时还需提供其所在定点医院的费用结清证 明。

7.2 参保职工死亡不能及时提供死亡证明、户口注销或火 化证明的，可由本单位出具参保人员生存状况情况说明加盖公 章替代申请办理停保业务，待其补齐相关材料或辅助证明后按 相关规定方可办理退保。

8.业务流程图



— 289 —

附件 1

单位名称(盖章)：

职工基本医疗保险参保登记表

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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：1.新增人员对应变更类别为增加；停保人员对应变更类别为中断；退保人员对应变更类别为终止；续保人员对应变更类别为 恢复。

2.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

附件 2



吉林省医疗保障业务单



受理编号

受理日期

|  |  |
| --- | --- |
| 基本信息：  单位名称： 单位性质： 法人姓名： 开户银行： | (请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更， 请及时办理变更业务)  社会统一信用代码：  通讯地址：  法人联系电话：  银行账号： |
| 申报信息： (请您仔细核对信息内容，如与申报情况不一致，请及时调整)  业务名称： 职工退保变更 退保人数：  经 办 人： 联系电话：  提供材料：  《职工基本医疗保险参保登记表》  《居民死亡医学证明(推断) 书》  《火化证》  户口注销登记页(死亡) | |

确认信息： 您申报的职工退保变更业务已受理，办理时限为 5 个工作日， 您可拨打 查询业务办理进度，也可扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务办 理进度。

您申报的职工退保变更业务不符合受理条件，原因：

申请人/经办人：

受理人：

吉林省社会医疗保险管理局制

附件 3



吉林省医疗保障业务单



登记编号

办结日期

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 基本信息：  单位名称： 单位性质： 法人姓名： 开户银行： | (请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更， 请及时办理变更业务)  社会统一信用代码：  通讯地址：  法人联系电话：  银行账号： | | |
| 办理信息： (请您仔细核对信息内容，如与办理情况不一致，请及时调整)  业务名称： 职工退保变更 退保人数：  经 办 人： 联系电话： | | | |
| 提示信息： (请您仔细核对信息内容，如有问题可向业务人员咨询)  1、 您申请的职工退保变更业务已经办理完成,请您仔细核对信息。  2、 经计算后卡内有余额的， 需提供经办人和继承人的身份证原件、《单位授权委 托书》到参保地医保经办机构办理资金继承业务。  3、 业务办理时间： 工作日(法定节假日、休息日除外) ，请您合理安排时间前来 办理。  4、 咨询电话： | | | |
| 确认信息： 您申报的职工退保变更业务已办结。  您申报的职工退保变更业务不符合办理条件，原因： | | | |
| 申请人/经办人： | | 办理人： | 审核人： |

吉林省社会医疗保险管理局制

— 292 —

附件 4

吉林省医疗保险职工退保变更业务明细表

登记编号：

单位名称：

单位编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 个人编号 | 证件号 | 死亡 时间 | 结算  时间 | 是否  违规 | 个人账户余额 | 报销(有\无) | 结算(是\否) | 报销与结 算确认人 | 生效时间 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 人，在职 人，退休 人，离休 人，二等乙 人，保健对象 人。 | | | | | | | | | | | |

温馨提示： 请您仔细核对相关信息，如有疑问请拨打：

参保单位应缴基本医疗保险费核定业务流程

(经办政务服务事项清单 J002036012001)

为明确参保单位应缴基本医疗保险费核定业务的服务对象、 受理条件、办理材料明细、办理流程、办件类型、办理时限及其 他事项制定本流程。

1.服务对象

参保单位(由单位经办人办理)。

2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细

3.1 经办人身份证。

3.2 参保单位介绍信。

4.办理流程

4.1 申请

4.1.1 参保单位经办人可登录医保经办政务服务网上大厅打 印《吉林省医疗保险费核定通知单》(附件 2)。

4.1.2 经办人也可凭经办人身份证及参保单位介绍信到医保 经办服务窗口核定打印。

4.2 受理

经办人在医保经办政务服务网上大厅核定打印《吉林省医疗 保险费核定通知单》(附件 2)，系统自动受理；若到医保经办服

务窗口核定打印《吉林省医疗保险费核定通知单》(附件 2)，工 作人员对参保单位提供的办理材料进行审核受理，如材料提供不 全，不予受理。参保单位符合条件后可重新申请。

4.3 审核

工作人员对受理业务进行审核，给出审核意见。

4.4 办结

打印《吉林省医疗保障业务单》(附件 1) 和《吉林省医疗 保险费核定通知单》(附件 2)。

4.5 送达

办理结果推送。

5.办件类型

即办件。

6.办理时限

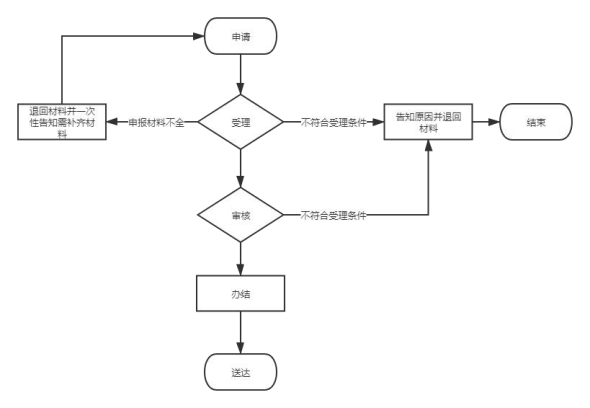
即时办理。

7.其他事项

7.1 参保单位当月核定次月应缴金额并核定打印次月《吉林 省医疗保险费核定通知单》(附件 2)

7.2 参保单位在本月无其他变更业务后可核定打印次月《吉 林省医疗保险费核定通知单》(附件 2)。

8.业务流程图



附件 1



吉林省医疗保障业务单



办理编号

办结日期

基本信息： (请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务)

单位名称：

单位性质：

法人姓名：

开户银行：

社会统一信用代码：

通讯地址：

法人联系电话：

银行账号：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 办理信息： (请您仔细核对信息内容，如与办理情况不一致，请及时调整) 业务名称：参保单位应缴基本医疗保险费核定业务  经 办 人： 联系电话： | | |
| 提示信息： (请您仔细核对信息内容，如有问题可向业务人员咨询)  1、业务办理时间：工作日(法定节假日、休息日除外)，请您合理安排时间前来办理。  2、业务咨询电话：  3、扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务。  4、更多政策信息、经办流程请登录 官方网站 或 微  信公众号进行查询。 | | |
| 确认信息： 您所办理的参保单位应缴基本医疗保险费核定业务已办结。  您所办理的参保单位应缴基本医疗保险费核定业务不符合办理条件，原因： | | |
| 申请人/经办人： | 受理人： | 审核人： |



附件 2



吉林省医疗保险费核定通知单( 年 月)

核定编号

核定日期

基本信息

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称：  缴费基金总数：  总人数： 人(在职： 二级保健对象人数： | 人；退休： (其中正厅： | 人) | 单位编号：  在职基数：  副厅、正高： ) | 单位性质：  退休基数： |

征缴信息

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目 | 人数 | 比例 | 金额 | 项目 | 人数 | 比例 | 金额 | |
| 一、医疗保险：  1 基本医疗保险单位缴费： 财政拨款(在职人员)： 单位缴费(在职人员)：  2 基本医疗保险个人缴费： 单位代扣(在职人员)：  3 公务员医疗补助(企业补充保险) ： 在职：单位缴费：  退休：单位缴费：  4 大额医疗保险费：  5 二级保健对象补助：  其中：正厅  副厅、正高：  财政拨款：  单位缴费： | 0 人 0 人 0 人 0 人 0 人 0  0 人 0 人 0 人 0 人 0 人 0 人 0 人 0 人 0 人 | 7%  2%  3.5%  6%  100 元/人  10000 元/人  8000 元/人 | 0 元 0 元 0 元 0 元 0 元 0 元 0  0 元 0 元 0 元 0 元 0 元 0 元 0 元 0 元 0 元 0 元 | 二、差额调整：  6 医疗保险  单位调整：  财政拨款调整： 个人调整：  三、其他应缴:  7 医疗保险欠费:  8 医疗保险滞纳金:  9 其他  四、待转基金:  10.医疗保险 | 0 人 0 人 0 人 0 人 0 人 0  0  0  0 | 0.4%  0.4% | | 0 元 0 元 0 元 0 元 0 元 0 元 0 元 0 元 0 元 0 元 0 元 0  0  0  0  0  0 |
| 本月财政拨款合计： 元 本月单位应缴合计： 元 本月个人应缴合计： 元  本月应缴合计(小写) ： 元 (大写) ： 元 | | | | | | | | |

提示信息：

1、 参保单位没有及时缴纳医保费或缴存时间过晚，导致医保费没有及时入账，从欠费之日起每 天收取 0.05%滞纳金，金额体现在次月征缴单。

2、 本月应缴合计 = 本月单位应缴合计 + 本月个人应缴合计 – 待转基金

3、 业务经办咨询电话：

在职转退休一次性补缴核定业务流程

(经办政务服务事项清单 J002036012004)

为明确在职转退休一次性补缴核定业务的服务对象、受理 条件、办理材料明细、办理流程、办件类型、办理时限及其他 事项制定本流程。

1.服务对象

符合在职转退休条件的参保职工(需参保单位代办) 。 2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细

3.1 机关单位

《基本养老保险制度改革正式启动前退休审批表》或《机 关事业单位工作人员退休(退职) 核定表》。

3.2 事业单位

《事业单位退休(退职) 人员基本养老保险待遇核定表》、 《机关事业单位工作人员退休(退职) 核定表》。

3.3 中直单位

《干部退休审批表》或《机关单位工作人员退休审批表》

3.4 企业及个体工商户

《吉林省城镇职工基本养老保险退休资格审核表》。

3.5 自主择业军转干部

自主择业军转干部根据各地退役军人事务局提供证明材料 办理。

3.6 其他情况

以前年度退休的需提供当前年度退休工资表(社保局盖章)。 4.办理流程

4.1 申请

参保单位办理在职转退休一次性补缴核定业务时，可登录 医保经办政务服务网上大厅或到医保经办服务窗口进行申请并 提交材料。

4.2 受理

工作人员对参保单位申报的信息和提交材料进行受理，如 填写内容有误或材料提供不全的，不予受理，并告知原因。参 保单位符合条件后可重新申请。

4.3 审核

工作人员对受理业务进行审核，给出审核意见。

4.4 办结

打印《吉林省医疗保障业务单》(附件 1) 及《在职转退休 变更业务明细表》(附件 2) 。

4.5 送达

办理结果推送。

5.办件类型

即办件。

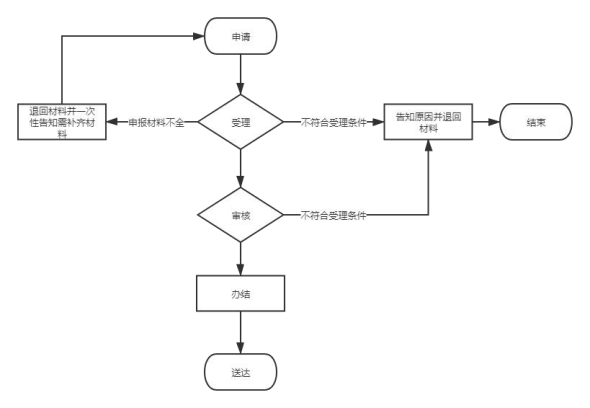
6.办理时限

即时办理。

7.其他事项

7.1 退休一次性补缴到帐后，系统自动办理在职转退休业务， 无需窗口再次操作。

8.业务流程图





附件 1



吉林省医疗保障业务单



办理编号

办结日期

基本信息：

单位名称： 单位性质： 法人姓名： 开户银行：

(请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务)

社会统一信用代码：

通讯地址：

法人联系电话：

银行账号：

办理信息： (请您仔细核对信息内容，如与办理情况不一致，请及时调整)

业务名称：在职转退休一次性补缴核定业务

经 办 人：

补缴人数：

退休人数：

联系方式：

补缴总额：

提示信息： (请您仔细核对信息内容，如有问题可向业务人员咨询)

1、您申请的在职转退休一次性补缴核定业务已经办理完成,请您仔细核对信息。

2、您单位的退休人数、缴费基数已发生变动，请仔细核对当月征缴通知单并及时缴纳医保费。

3、退休人员不缴纳基本医疗保险费，每月按工资基数的百分比注入个人账户。

4、业务办理时间：工作日(法定节假日、休息日除外) ，请您合理安排时间前来办理。

5、业务咨询电话：

6、扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务。

7、信息、经办流程请登录 官方网站 或 微信公众号

进行查询。

确认信息： 您所办理的职工在职转退休变更业务已办结。

您所办理的职工在职转退休变更业务不符合办理条件，原因：

申请人/经办人签字：

受理人：

审核人：

— 302 —

附件 2

登记编号：

在职转退休变更业务明细表

生成日期：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 个人编号 | 证件号 | 补缴基数 | 视同缴费 月数 | 实际缴费 月数  (含转入) | 补缴月数 | 个人补缴 | 单位补缴 | 合计 | 退休后工资 基数 | 账户划入比例 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 元，共 人，补缴 人。 | | | | | | | | | | | | |

温馨提示：请您仔细核对相关信息，如有疑问请拨打：

备注：其中单位补缴部分参保单位应按其劳动关系存续期间所差年限为其补缴，超出部分原则上应由个人缴纳。

长期护理保险评估认定业务经办流程

(经办政务服务事项清单-J002036013001)

为明确长期护理保险评估认定业务服务对象、受理条件、办 理材料明细、办理流程、办件类型、办理时限及其他事项制定本 流程。

1.服务对象

符合长期护理保险保障范围的参保人员。

2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细

3.1 医保电子凭证或身份证或社保卡。 3.2《长期护理保险失能人员评估认定申请表》(附件 1). 3.3 病历材料或失能情况说明。

由他人代办的，需提供代办人身份证。

4.办理流程

4.1 申请

4.1.1 本地

申请人在医保服务大厅进行申请。

4.1.2 异地(仅限省内开通长护试点地区)

省内异地就医参保人员持申请表(参保人员自行填写自然信

息) 至就医地医保服务大厅进行认定申请。

4.2 受理

4.2.1 本地

工作人员通过网上经办大厅或窗口对长期护理保险评估认 定申请进行受理。受理后生成《吉林省医疗保障业务单》(附件 2) 并同步至网上经办大厅。

4.2.2 异地(仅限省内开通长护试点地区)

就医地医保服务大厅负责现场受理长期护理保险评估认定 申请。受理后生成《吉林省医疗保障业务单》(见附件 3) 并同 步至网上经办大厅。

4.3 审核

4.3.1 初审

医保经办机构(含第三方)对申请材料和申请条件进行审核， 审核通过的组织评估机构开展评估认定工作。

4.3.2 现场评估

结合申请人具体情况，根据《长期护理保险日常生活能力评 定量表》(附件 4) 得出评估分数、确定失能等级。

4.3.3 复核

现场评估结束后，评估机构对现场评估情况及有关资料等进 行复核，经核实无误后，提出评估结论。

5.办件类型

承诺件。

6.办理时限

15 个工作日。

7.其他事项

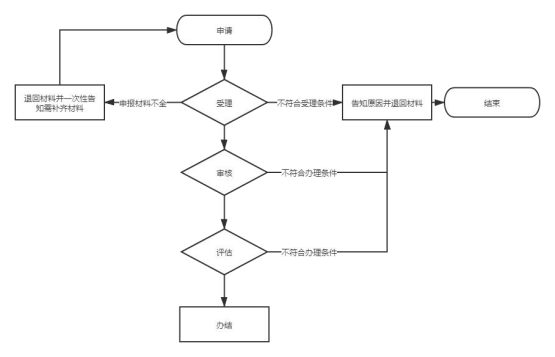
7.1 评估认定通过的参保人员可在本地或就医地长护定点 服务机构(定点医疗机构名单可登录医保政务服务网上大厅) 中 选择一家享受长护待遇。

7.2 申请异地长护险评估认定的参保人员应办理长期异地 就医备案后再进行异地长护险评估认定申请，申请通过后可在就 医地享受长护险待遇(仅限省内开通长护试点地区)。

7.3 死亡证明(待遇享受期间内参保人员死亡的，需提供)。

7.4 由他人代为申请时需提供委托书。

8.业务流程图



附件 1

长期护理保险失能人员

评估认定申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 社 会 保 障 卡 号 |  | | 身 份 证 号 |  |
| 姓 名 |  | | 年 龄 | (周岁) |
| 性 别 | □ 男 □ 女 | | 居 住 地 址 |  |
| 参保人所在单位 |  | | 单位联系电话 |  |
| 代 理 人 姓 名 |  | | 与参保人关系 |  |
| 代理人身份证号 |  | | 代 理 人 电 话 |  |
| 人 员 类 别 | □ 退休  □ 90 周岁以上老人 | □ 在职 | | □ 85-90 周岁(含 90 周岁)  □ 低保对象、特困人员 |
| 选 定 长 期 护 理  定 点 机 构 |  | | | |
| 主要情形说明：  参保人/代理人签字：  申请日期： 年 月 日 | | | | |
| 定点机构评定意见：  初评人签字：  评定日期： 年 月 日 | | | | |

申报材料及注意事项

1、参保人社保卡、居民身份证等有身份证明原件及复印件；

2、代理人居民身份证原件、复印件及与参保人关系证明材料复 印件；

3、参保人失能相关病例、检查报告、诊断证明等材料复印件；

4、声请人应准确、规范填写《吉林省省直长期护理保险失能人 员评估认定申请表》所有项目信息；

5、有关评定事宜，可咨询有关工作人员，联系电话(定点机构 电话) ：

6、本表正反面打印，一式两份，长期护理保险定点机构、申请 人各一份。

以上情况属实，参保人/代理人签字：



附件 2



吉林省医疗保障业务单



受理编号

受理日期

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 基本信息： (请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务) | | |
| 姓 名：  身份证号：  人员类别：  单位名称： | 性 别：  参 保 地：  保健对象：  单位编码： | 年 龄：  医 保 号：  特殊人员：  联系电话： |
| 申报信息： (请您仔细核对信息内容，如与申报情况不一致，请及时调整)  业务名称：长期护理保险评估认定 定点服务机构：  经 办 人： 联系电话： | | |
| 提供材料：  医保电子凭证或有效身份证或社保卡  《长期护理保险评估认定申请表》  病历材料或失能情况说明 | | |

确认信息：您所申报长期护理保险评估认定业务已受理，办理时限为 15 个工作日，您可拨打 查 询业务办理进度，也可扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务办理进度。

您所申报长期护理保险评估认定业务不符合受理条件，原因：

申请人/经办人：

受理人：

附件 3



吉林省医疗保障业务单



办理编号

办结日期

基本信息：(请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务)

姓 名：

身份证号：

人员类别：

单位名称：

性 别：

参 保 地：

保健对象：

单位编码：

年 龄：

医 保 号：

特殊人员：

联系电话：

办理信息： (请您仔细核对信息内容，如与办理情况不一致，请及时调整)

业务名称：长期护理保险评估认定 登记时间：

经 办 人：

失能等级：

开始时间：

联系电话：

定点服务机构：

终止时间：

提示信息： (请您仔细核对信息内容，如有问题可向业务人员咨询)

1、您申请的长期护理保险评估认定业务已经办理完成,请您仔细核对信息。

2、您可在选定的定点服务机构享受长期护理保险待遇。

3、业务办理时间：工作日(法定节假日、休息日除外)，请您合理安排时间前来办理。

4、业务咨询电话：

5、扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务。

确认信息： 您所办理的长期护理保险评估认定业务已办结。

您所办理的长期护理保险评估认定业务不符合办理条件，原因：

申请人/经办人：

受理人：

审核人：

附件 4

长期护理保险日常生活活动能力评定量表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 身份证 号 | | |  | 人员类别 | □退休 □在职 □85 周岁以上老人 |
| 性 别 |  | | 医疗保 障卡号 |  | □低保对象、特困人员 |
| 项 目 | 评分 | 标 准 | | | | 评分 |
| 控制大便 | 0 分 | 失禁或昏迷 | | | |  |
| 2 分 | 给予最大肢体帮助，频繁出现无法控制大便的情况 | | | |
| 5 分 | 能掌握排便的基本步骤，但生理上不能控制，偶有失 禁，需要尿垫类物品协助 | | | |
| 8 分 | 依靠外人帮助或引导使用排便器具或药物可以控制 | | | |
| 10 分 | 可完全自主排便 | | | |
| 控制小便 | 0 分 | 失禁或昏迷或需他人导尿 | | | |  |
| 1 分 | 经常发生尿失禁 | | | |
| 3 分 | 日间可保持干爽，夜间失禁，并需要他人帮助使用排 尿器具 | | | |
| 4 分 | 需要有人看护或指导使用排尿器具， 间或性小便 | | | |
| 10 分 | 可自主控制膀胱，无尿失禁 | | | |
| 修 饰 | 0 分 | 昏迷及意识障碍，完全需要帮助 | | | |  |
| 1 分 | 需要他人帮助才能完成，但可以主动协助 | | | |
| 3 分 | 能完成大部分工作，他人需要协助 | | | |
| 4 分 | 需要他人为其准备洗漱用品或对其进行监督 | | | |
| 5 分 | 自理(洗脸、梳头、刷牙、剃须) | | | |
| 用 厕 | 0 分 | 意识障碍及严重肢体障碍 | | | |  |
| 2 分 | 需要他人帮助，某种程度上可以使用厕具 | | | |
| 5 分 | 需部分帮助，能使用厕具 | | | |
| 8 分 | 需外人监督提示或做如厕的准备 | | | |
| 10 分 | 自理(去和离开厕所、使用厕纸、穿脱裤子、独立清 洁) | | | |
| 进 食 | 0 分 | 完全依赖外人协助进食或鼻饲 | | | |  |
| 2 分 | 不能使用餐具少量进食， 以外人协助为主 | | | |
| 5 分 | 可以使用餐具，需部分帮助(夹菜、盛饭) | | | |
| 8 分 | 可以自行进食，需外人监督提示 | | | |
| 10 分 | 全面自理(能进各种食物，但不包括取饭、做饭) | | | |
| 转 移 | 0 分 | 意识不清及严重肢体障碍，完全依赖他人协助转移 | | | |  |
| 2 分 | 帮助下可以坐，不能进行肢体配合，需 1--2 人帮助转 移 | | | |
| 5 分 | 帮助下可以坐，可以进行肢体配合，需 1--2 人帮助转 移 | | | |
| 8 分 | 搀扶，需外人协助 | | | |
| 10 分 | 可自行移至床旁，需 1 人协助转移至轮椅 | | | |
| 12 分 | 可自行转移至轮椅 | | | |
| 15 分 | 自理 | | | |
| 活 动 | 0 分 | 昏迷及意识不清，行动障碍 | | | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 3 分 | 至少需要 1 人的最大限度帮助才能完成不到 50 米的步 行距离 |  |
| 8 分 | 可行走较短距离，但需要他人帮助 |
| 12 分 | 独立步行，需有人陪同或独立步行达不到 50 米 |
| 15 分 | 独立步行 50 米的距离(可用辅助器，在家及附近) |
| 穿 衣 | 0 分 | 完全依赖他人协助 |  |
| 2 分 | 可进行肢体配合，需他人协助 |
| 5 分 | 可完成部分过程，需他人协助 |
| 8 分 | 可以自理，需他人监督提示 |
| 10 分 | 自理(自己系纽扣，关、开拉锁和穿鞋) |
| 上下楼梯 | 0 分 | 无活动能力者 |  |
| 2 分 | 经常需要他人帮助平稳地上下楼梯 |
| 5 分 | 需要他人间或性帮助平稳地上下楼梯 |
| 8 分 | 可独立完成，只是需要安全指导 |
| 10 分 | 独立上下楼梯 |
| 洗 澡 | 0 分 | 完全依赖他人协助 |  |
| 1 分 | 需要他人帮助洗澡，但可主动协助 |
| 3 分 | 需要他人帮助完成部分部位的洗澡 |
| 4 分 | 需要一定的辅助器具或安全防范 |
| 5 分 | 自理(无指导能进出浴池并自理洗澡) |
| 总得分**:** | | | |
| 评估人签字： | 评估日期： 年 月 日 | | |

长期护理保险参保人员长护费用手工(零星)

报销业务经办流程

(经办政务服务事项清单-J002036013003)

为明确长期护理保险参保人员长护费用手工(零星)报销业 务服务对象、受理条件、办理材料明细、办理流程、办件类型、 办理时限及其他事项制定本流程。

1.服务对象

已通过长期护理保险评估认定的参保人员。

2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细

3.1 申请人医保电子凭证或身份证或社保卡和代理人身份 证。

3.2 医疗费报销申请表。

3.3 医药费用票据。

3.4 费用清单(票据上有明细可不提供)。 3.5《长期护理保险失能人员评估认定申请表》(已填写完整)。 3.6 病历材料或失能情况说明。

由他人代办的，需提供代办人身份证。

4.办理流程

4.1 申请

参保人员携带所需材料至医保服务大厅窗口申请长护费用 手工(零星) 报销业务。

4.2 受理

工作人员现场对参保人员的长护费用手工(零星)报销申请 进行受理。受理后生成《吉林省医疗保障业务单》(见附件 2) 并同步至网上经办大厅。

4.3 审核

4.3.1 初审

4.3.1.1 录入

综合窗口确认人员身份信息后对申请材料的完整性、有效性 进行审核，填写相关信息并确认无误后保存提交。

4.3.1.2 制单

审核通过后生成《吉林省医疗保障业务单》(见附件 3) 并 同步至网上经办大厅。

4.3.2 复审

4.3.2.1 核定

业务部门对综合窗口受理的材料在系统上进行审核，判断是 否符合办理费用报销业务要求，确认失能等级，根据目录划分类 别，计算后录入系统后进行费用核定。

4.3.2.2 制单

打印《长期护理保险待遇支付凭证》，并同步到网上服务大 厅。

4.3.3 拨付

财务部门对票据信息、报销金额、预留银行卡信息再次进行

审核，确认无误后进行拨付。

4.4 办结

报销款项拨付至预留银行卡内。

4.5 送达

参保人员可至医保经办大厅领取《长期护理保险待遇支付凭 证》或登录网上经办大厅自行打印。

5.办件类型

承诺件。

6.办理时限

22 个工作日。

7.其他事项

7.1 报销款项拨付至本人银行卡的，需提供本人银行卡信息； 拨付至单位经办人银行卡的，需同时提供《单位授权委托书》； 拨付至代办人银行卡的，需同时提供《个人授权委托书》；若报 销本人死亡的，必须提供《单位授权委托书》。

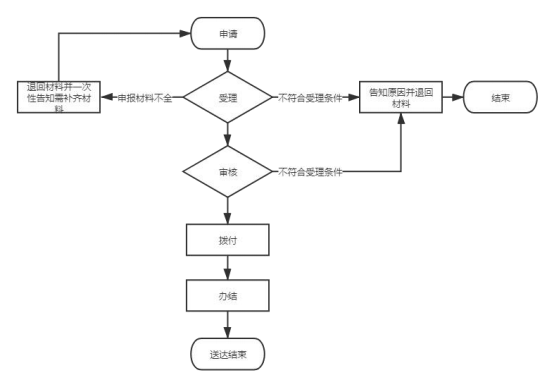
7.2 申请受理后报销材料将无法退还，如有需要可至医保经

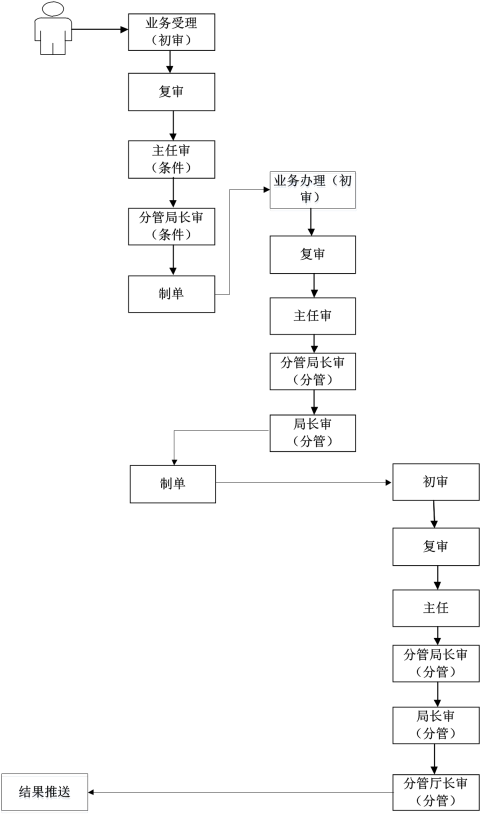
办大厅申请复印。

7.3 当年就医发生的医疗费请于次年 3 月 31 日前至医保服 务大厅申请报销，逾期视为自动放弃；若存在不可抗力原因无法 进行报销申请，可视情况延期。

7.4 待遇享受人员在待遇享受期间死亡的需提供《居民死亡 医学证明(推断书)》。

8.业务流程图





附件 1

长期护理保险失能人员

评估认定申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 社 会 保 障 卡 号 |  | | 身 份 证 号 |  |
| 姓 名 |  | | 年 龄 | (周岁) |
| 性 别 | □ 男 □ 女 | | 居 住 地 址 |  |
| 参保人所在单位 |  | | 单位联系电话 |  |
| 代 理 人 姓 名 |  | | 与参保人关系 |  |
| 代理人身份证号 |  | | 代 理 人 电 话 |  |
| 人 员 类 别 | □ 退休  □ 90 周岁以上老人 | □ 在职 | | □ 85-90 周岁(含 90 周岁)  □ 低保对象、特困人员 |
| 选 定 长 期 护 理  定 点 机 构 |  | | | |
| 主要情形说明：  参保人/代理人签字：  申请日期： 年 月 日 | | | | |
| 定点机构评定意见：  初评人签字：  评定日期： 年 月 日 | | | | |

申报材料及注意事项：

1、参保人社保卡、居民身份证等有身份证明原件及复印件；

2、代理人居民身份证原件、复印件及与参保人关系证明材料复 印件；

3、参保人失能相关病例、检查报告、诊断证明等材料复印件；

4、声请人应准确、规范填写《吉林省省直长期护理保险失能人 员评估认定申请表》所有项目信息；

5、有关评定事宜，可咨询有关工作人员，联系电话(定点机构 电话) ：

6、本表正反面打印，一式两份，长期护理保险定点机构、申请 人各一份。

以上情况属实，参保人/代理人签字：

附件 2



吉林省医疗保障业务单



受理编号

受理日期

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 基本信息：(请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务) | | |
| 姓 名：  身份证号：  人员类别：  单位名称： | 性 别：  参 保 地：  保健对象：  单位编码： | 年 龄：  医 保 号：  特殊人员：  联系电话： |
| 申报信息：(请您仔细核对信息内容，如与申报情况不一致，请及时调整)  业务类型：长期护理保险参保人员长护费用手工(零星) 报销 发票张数：  开户银行： 银行卡号： 持卡人姓名：  领款人电话： 经 办 人： 联系电话： | | |
| 提供材料：  申请人医保电子凭证或身份证或社保卡  医疗费报销申请表  医药费用票据  费用清单  《长期护理保险评估认定申请表》(已填写完整)  病历材料或失能情况说明 | | |
| 确认信息： 您所申报长期护理保险参保人员长护费用手工(零星) 报销业务已受理，办理时限  为 22 个工作日，您可拨打 查询业务办理进度，也可扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务 办理进度。  您所申报长期护理保险参保人员长护费用手工(零星) 报销业务不符合受理条件，  原因： | | |
| 申请人/经办人： | 受理人： | |

附件 3



吉林省医疗保障业务单



办理编号

办结日期

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 基本信息：(请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务) | | |
| 姓 名：  身份证号：  人员类别：  单位名称： | 性 别：  参 保 地：  保健对象：  单位编码： | 年 龄：  医 保 号：  特殊人员：  联系电话： |
| 办理信息： (请您仔细核对信息内容，如与办理情况不一致，请及时调整)  业务类型：长期护理保险参保人员长护费用手工(零星) 报销 发票张数： 开户银行： 银行卡号： 持卡人姓名： 领款人电话： 报销金额： 经 办 人： 联系电话： | | |
| 提示信息： (请您仔细核对信息内容，如有问题可向业务人员咨询)  1、您申请的长期护理保险参保人员长护费用手工(零星) 报销业务已经办理完成,请您仔细核对 信息。  2、您可在医保服务大厅或网上经办大厅查询打印《长期护理保险待遇支付凭证》。  3、业务办理时间：工作日(法定节假日、休息日除外)，请您合理安排时间前来办理。  4、业务咨询电话：  5、扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务。 | | |
| 确认信息： 您所办理的长期护理保险参保人员长护费用手工(零星) 报销业务已办结。  您所办理的长期护理保险参保人员长护费用手工(零星) 报销业务不符合办理条件，  原因： | | |
| 申请人/经办人： | 受理人： | 审核人： |

基本医疗保险参保人员本地待遇核准

业务流程

(经办政务服务事项清单-J002036002001)

为明确基本医疗保险参保人员本地待遇核准业务服务对象、 受理条件、办理材料明细、办理流程、办件类型、办理时限及其 他事项制定本流程。

1.服务对象

基本医疗保险参保人员。

2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细

3.1 身份证。

3.2 社会保障卡(医保电子凭证)。

4.办理流程

4.1 申请

参保人员持医保电子凭证或身份证或社保卡至定点医药机 构进行申请。

4.2 受理

定点医药机构负责现场受理基本医疗保险参保人员的申请。

4.3 办结

发生的符合基本医疗保险政策范围内的医疗费用可在定点 医药机构划卡就医购药。

5.办件类型

即办件。

6.办理时限

1 个工作日。

7.其他事项

7.1 定点机构全程办理。

7.2 参保人员持医保电子凭证或身份证或社保卡在定点医药 机构挂号就诊、购药即为申请，无需另行填表。

基本医疗保险参保人员本地待遇支付

业务流程

(经办政务服务事项清单-J002036002002)

为明确基本医疗保险参保人员本地待遇支付业务服务对象、 受理条件、办理材料明细、办理流程、办件类型、办理时限及其 他事项制定本流程。

1.服务对象

已通过基本医疗保险本地待遇核准的参保人员。 2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细

3.1 身份证。

3.2 社会保障卡(医保电子凭证)。

4.办理流程

4.1 申请

参保人员持医保电子凭证或身份证或社保卡至定点医药机 构进行申请。

4.2 受理

定点医药机构负责现场受理基本医疗保险参保人员的申请。

4.3 办结

基本医疗保险参保人员在定点医药机构划卡直接结算，打印 支付凭证。

5.办件类型

即办件。

6.办理时限

1 个工作日。

7.其他事项

7.1 定点机构直接结算。

7.2 参保人员持医保电子凭证或身份证或社保卡在定点医药 机构划卡结算即为完成支付。

生育待遇核准业务流程

(经办政务服务事项清单-J002036007001)

为明确生育保险参保人员生育待遇核准业务服务对象、受理 条件、办理材料明细、办理流程、办件类型、办理时限及其他事 项制定本流程。

1.服务对象

参加生育保险的女职工。

2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细

3.1 普通生育

3.1.1 医保电子凭证或有效身份证件或社保卡。

3.1.2 母子健康手册。

3.1.3 生育服务证。

3.1.4 结婚证。

他人代办的，需提供代办人身份证。

3.2 计划生育

医保电子凭证或身份证或社保卡。

他人代办的，需提供代办人身份证。

4.办理流程

4.1 申请

参保人员持所需材料至生育定点医疗机构(定点医疗机构名 单可登录医保政务服务网上大厅(以下简称“网上大厅”) 查询) 进行申请。

4.2 受理

定点医疗机构医保管理部门负责现场受理。

4.3 审核

定点医疗机构医保管理部门审核材料。

4.4 办结

定点医疗机构医保管理部门在系统内录入相关信息并上传。 生成《吉林省医疗保障业务单》(附件 1)

4.5 送达

告知参保人员生育待遇核准申请已通过。

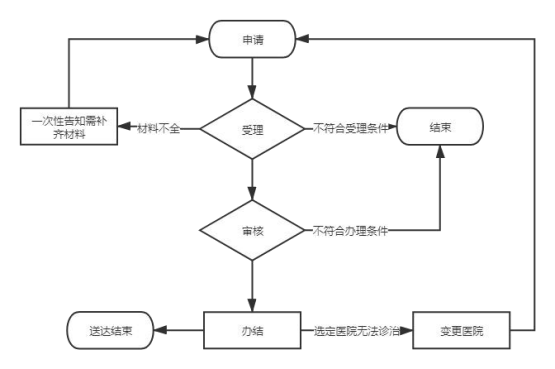
5.办件类型

即办件。

6.办理时限

1 个工作日。

7.业务流程图



附件 2



吉林省医疗保障业务单



办理编号

办结日期

基本信息：(请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务)

姓 名：

身份证号：

人员类别：

单位名称：

性 别：

参 保 地：

保健对象：

单位编码：

年 龄：

医 保 号：

特殊人员：

联系电话：

办理信息： (请您仔细核对信息内容，如与办理情况不一致，请及时调整)

业务名称：生育待遇核准

登记时间：

经 办 人：

开始时间：

联系电话：

终止时间：

办理途径：

提示信息： (请您仔细核对信息内容，如有问题可向业务人员咨询)

1、您申请的生育待遇核准业务已经办理完成,请您仔细核对信息。

2、您可在生育定点医疗机构享受生育待遇，待遇有效期至本次生育结束。

3、业务办理时间：工作日(法定节假日、休息日除外)，请您合理安排时间前来办理。

4、业务咨询电话：

5、扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务。

确认信息： 您所办理的生育待遇核准业务已办结。

您所办理的生育待遇核准业务不符合办理条件，原因：

申请人/经办人：

受理人：

审核人：

产前检查费支付业务流程

(经办政务服务事项清单-G002036007001)

为明确产前检查费支付业务服务对象、受理条件、办理 材料明细、办理流程、办件类型、办理时限及其他事项制定 本流程。

1.服务对象

已通过生育待遇核准的参保人员。

2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细

医保电子凭证或身份证件或社保卡。

4.办理流程

4.1 申请

参保人员持医保电子凭证或身份证或社保卡至生育定 点医疗机构(定点医疗机构名单可登录医保政务服务网上大 厅(以下简称“网上大厅”) 查询) 进行申请。

4.2 受理

定点医疗机构负责现场受理参保人员的申请。

4.3 审核

定点医疗机构审核检查项目是否在支付范围内。

4.4 办结

参保人员在定点医疗机构划卡直接结算，打印凭证。

4.5 送达

5.办件类型

即办件。

6.办理时限

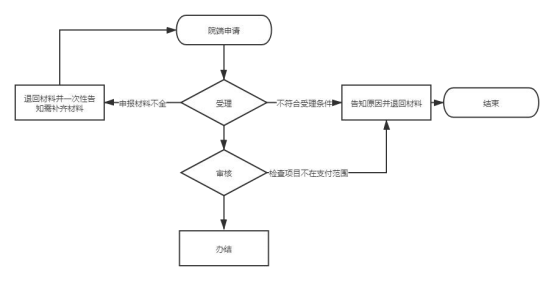
1 个工作日。

7.其他事项

7.1 定点机构直接结算。

7.2 参保人员持医保电子凭证或身份证或社保卡在定点 医疗机构划卡结算即为完成支付。

8.业务流程图



生育医疗费支付业务经办流程

(经办政务服务事项清单-G002036007002)

为明确生育医疗费支付业务服务对象、受理条件、办理材料 明细、办理流程、办件类型、办理时限及其他事项制定本流程。

1.服务对象

已通过生育待遇核准的参保人员。

2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3 办理材料明细

医保电子凭证或有效身份证件或社保卡。

4.办理流程

4.1 申请

参保人员持医保电子凭证或身份证或社保卡至生育定点医 疗机构(定点医疗机构名单可登录医保政务服务网上大厅(以下 简称“网上大厅”) 查询) 进行申请。

4.2 受理

定点医疗机构负责现场受理参保人员的申请。

4.3 审核

定点医疗机构审核检查项目是否在支付范围内。

4.4 办结

参保人员在定点医疗机构划卡直接结算，打印支付凭证。

4.5 送达

5.办件类型

即办件。

6.办理时限

1 个工作日。

7.其他事项

7.1 定点机构直接结算。

7.2 参保人员持医保电子凭证或身份证或社保卡在定点医疗 机构划卡结算即为完成支付。

计划生育医疗费支付业务流程

(经办政务服务事项清单-G002036007003)

为明确计划生育医疗费支付业务服务对象、受理条件、办理 材料明细、办理流程、办件类型、办理时限及其他事项制定本流 程。

1.服务对象

已通过计划生育待遇核准的参保人员。

2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细

医保电子凭证或身份证件或社保卡。

4.办理流程

4.1 申请

参保人员持医保电子凭证或身份证或社保卡至生育定点医 疗机构(定点医疗机构名单可登录医保政务服务网上大厅(以下 简称“网上大厅”) 查询) 进行申请。

4.2 受理

定点医疗机构负责现场受理参保人员的申请。

4.3 审核

定点医疗机构审核检查项目是否在支付范围内。

4.4 办结

参保人员在定点医疗机构划卡直接结算，打印支付凭证。

4.5 送达

5.办件类型

即办件。

6.办理时限

1 个工作日。

7.其他事项

7.1 定点机构直接结算。

7.2 参保人员持医保电子凭证或身份证或社保卡在定点医疗 机构划卡结算即为完成支付。

符合资助条件的救助对象参加城镇居民

基本医疗保险个人缴费补贴业务流程

(经办政务服务事项清单 G002036008001)

为明确符合资助条件的救助对象参加城镇居民基本医疗保 险个人缴费补贴业务的服务对象、受理条件、办理材料明细、办 理流程、办件类型、办理时限制定本流程。

1.服务对象

符合资助条件的救助对象

2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细

无。

4.办理流程

4.1 接收

工作人员接收民政等部门的信息推送。

4.2 标记

工作人员根据接收到的信息，在医保系统中做好标记。

4.3 办结

标记成功后按补贴后缴费标准核定医保费。

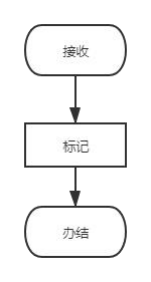
5.办件类型

即办件。

6.办理时限

即时办理。

7.业务流程图



特殊人员身份标记业务流程

(经办政务服务事项清单 G002036001002\_01)

为明确特殊人员身份标记业务的服务对象、受理条件、办理 材料明细、办理流程、办件类型、办理时限制定本流程。

1.服务对象

符合特殊人员身份确认条件的参保职工(参保单位代办) 2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细

3.1 二级保健对象(企业医疗补充)

3.1.1《职工基本医疗保险特殊身份确认登记表》。

3.1.2 机关事业单位正厅、副厅参保人员需提供任职文件； 正高参保人员需提供正高证书、单位聘用合同或聘任文件；省委 保健办公室发放的特诊卡或卫健部门出具的享受保健对象医疗 待遇确认表。

3.1.3企业为高管人员办理参照二级保健对象的企业医疗补 充，高管人员需提供任职文件及单位情况说明(说明中需明确二 级保健对象对应的级别)；正高人员需提供正高证书、单位聘用 合同或聘任文件。

3.2 建国前退休

3.2.1《职工基本医疗保险特殊身份确认登记表》。

3.2.2 建国前退休人员审批表。

3.3 劳模

3.3.1《职工基本医疗保险特殊身份确认登记表》。

3.3.2 省级以上劳模表彰文件、劳模证书。

3.4 离休

3.4.1《职工基本医疗保险特殊身份确认登记表》。

3.4.2 离休人员审批表。

3.4.3 工资核定表。

3.5 六级及以上残疾军人

3.5.1《职工基本医疗保险特殊身份确认登记表》。

3.5.2 六级及以上残疾军人证、民政部门认定六级及以上残 疾军人相关材料。

4.办理流程

4.1 申请

参保单位办理特殊人员身份标记业务时，可登录医保经办政 务服务网上大厅或到医保经办服务窗口进行申请并提交材料。

4.2 受理

工作人员对参保单位申报的信息和提交材料进行受理，如填 写内容有误或材料提供不全的，不予受理，并告知原因。参保单 位符合条件后可重新申请。

4.3 审核

工作人员对申请材料进行审核，给出审核意见。

4.4 办结

打印《吉林省医疗保障业务单》(附件 1) 及《特殊人员身 份标记业务明细表》(附件 2)。

4.5 送达

办理结果推送。

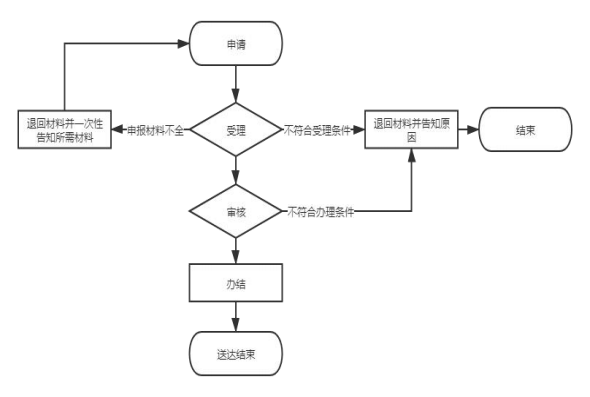
5.办件类型

即办件。

6.办理时限

即时办理。

7.业务流程图





基本信息 (请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务)

附件 1



吉林省医疗保障业务单

登记日期

办理编号

单位名称：

单位性质：

法人姓名：

开户银行：

社会统一信用代码：

通讯地址：

法人联系电话：

银行账号：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 办理信息： (请您仔细核对信息内容，如与办理情况不一致，请及时调整)  业务名称：特殊人员身份标记(二级保健、劳模、六级及以上残疾军人、离休、建国前) 变更人数：  差额调整人数： 差额调整金额：  经 办 人： 联系电话： | | |
| 提示信息： (请您仔细核对信息内容，如有问题可向业务人员咨询)  1、您申请的特殊人员身份确认业务已经办理完成,请您仔细核对信息。  2、您单位的缴费金额发生了变化，请仔细核对并及时缴费。  3、业务办理时间：工作日(法定节假日、休息日除外)，请您合理安排时间前来办理。  4、业务咨询电话：  5、扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务。 | | |
| 确认信息： 您所办理的特殊人员身份标记业务已办结。  您所办理的特殊人员身份标记业务不符合办理条件，原因： | | |
| 申请人/经办人： | 受理人： | 审核人： |

— 342 —

附件 2

特殊人员身份标记业务明细表

登记编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序 号 | 个人编号 | 姓名 | 证件号 | 特殊人员标识 | 任职\聘用时间 | 生效时间 | 待遇生效时 间 | 差额调整时间 | 差额调整金额 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 人，其中保健对象 人 ，离休 人，  六级及以上残疾军人 人，建国前 人，劳模 人。差额调整合计 元。 | | | | | | | | | |

温馨提示：请您仔细核对相关信息， 如有疑问请拨打：

医疗救助资金支付\_\_本地业务经办流程

(经办政务服务事项清单 G002036008004)

为明确医疗救助资金支付业务服务对象、受理条件、办理材 料明细、办理流程、办件类型、办理时限及其他事项制定本流程。

1.服务对象

城乡特困供养对象、孤儿和低保对象。

2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细

无(直接结算)

4.办理流程

4.1 申请

参保人员持医保电子凭证或身份证或社保卡至定点医疗机 构进行申请。

4.2 受理

定点医疗机构负责现场受理基本医疗保险参保人员的申请。

4.3 审核

定点医疗机构对享受医疗救助待遇实行实名制管理，根据参 保人员提供的证件进行门诊或住院登记，核对系统救助对象标识， 核实参保信息身份标识无误的将参保人员诊断信息、费用明细、

结算数据等相关信息实时上传医保信息系统。

4.4 办结

参保人员办理出院或门诊结算时，与基本医疗、职工大额、 居民大病保险和托底救助实行“一单制”直接结算，打印支付凭 证。

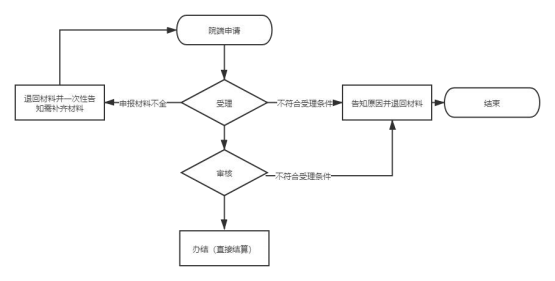
5.办件类型

即办件。

6.办理时限

1 个工作日。

7.业务流程图



定点医药机构单位名称变更业务流程

(经办政务服务事项清单-J002036009001\_01)

为明确定点医药机构单位名称变更业务的服务对象、受理条 件、办理材料明细、办理流程、办件类型、办理时限及其他事项 制定本流程。

1.服务对象

定点医药机构。

2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细 3.1《基本医疗保险定点医药机构信息变更表》(附件 1)。

3. 2 市场监管、卫生健康、药监部门或民政等部门批准的 变更文件。

3.3 法定代表人身份证。

4.办理流程

4.1 申请

定点医药机构办理定点医药机构单位名称变更业务时，可登 录医保经办政务服务网上大厅或到医保经办服务窗口进行申请 并提交材料。

4.2 受理

工作人员对定点医药机构申报的信息和提交材料进行受理，

打印《吉林省医疗保障业务单》(附件 2)。如填写内容有误或材 料提供不全的，不予受理，并告知原因。定点医药机构符合条件 后可重新申请。

4.3 审核

工作人员对受理业务进行审核，给出审核意见。

4.4 办结

工作人员维护变更信息，打印《吉林省医疗保障业务单》(附 件 3)。

4.5 送达

办理结果推送。

5.办件类型

承诺件。

6.办理时限

20 个工作日。

7.其他事项

定点医药机构在行业主管部门变更后 30 个工作日内申请变 更。

8.业务流程图

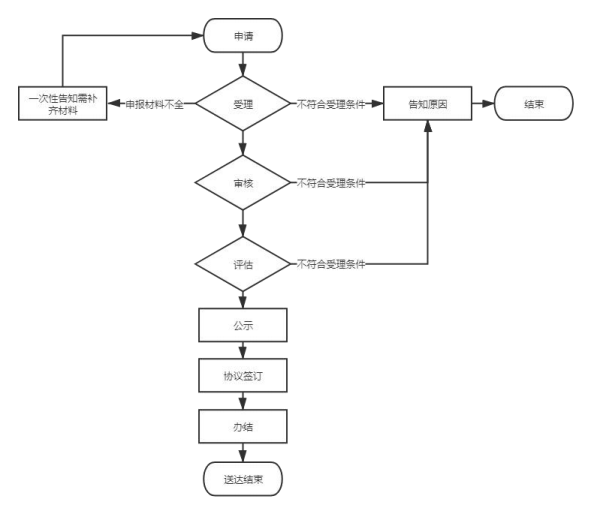


图 1 定点医药机构单位名称变更业务流程

附件 1

基本医疗保险定点医药机构信息变更表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请单位/编码 | |  | |
| 联系人/电话 | |  | |
| 变更事项 | | 变更前 | 变更后 |
| 单位名称 | |  |  |
| 经营地址 | |  |  |
| 法定代 表人 | 姓名 |  |  |
| 身份证号码 |  |  |
| 联系电话 |  |  |
| 经营范围(诊疗科目) | |  |  |
| 级别 | |  |  |
| 类别 | |  |  |
| 变更原因 | |  | |
| 申请人签字： | | (申请单位盖章) | |
| 年 月 日 | | | |

附件 2



吉林省医疗保障业务单



受理编号

受理日期

|  |  |
| --- | --- |
| 基本信息：(请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务) | |
| 定点编码： | 单位名称： |
| 申报信息：(请您仔细核对信息内容，如与申报情况不一致，请及时调整)  业务名称：定点医药机构单位名称变更业务  经 办 人： 联系电话： | |
| 提供材料：  《基本医疗保险定点医药机构信息变更表》  市场监管、卫生健康、药监部门或民政等部门批准的变更文件  法定代表人身份证 | |
| 确认信息： 您所申报定点医药机构单位名称变更业务已受理，办理时限为 20 个工作日，您可  拨打 查询业务办理进度，也可扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务办理进度。  您所申报定点医药机构单位名称变更业务不符合受理条件，原因： | |
| 申请人/经办人： | 受理人： |

附件 3



吉林省医疗保障业务单



办理编号

办结日期

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 基本信息：(请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务) | | |
| 定点编码： | 单位名称： | |
| 办理信息：(请您仔细核对信息内容，如与办理情况不一致，请及时调整)  业务名称：定点医药机构单位名称变更业务  经 办 人： 联系电话： | | |
| 提示信息：(请您仔细核对信息内容，如有问题可向业务人员咨询)  1、您申请的定点医药机构单位名称变更业务已经办理完成,请您仔细核对信息。  2、业务办理时间：工作日(法定节假日、休息日除外)，请您合理安排时间前来办理。  3、业务咨询电话：  4、扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务。  5、更多政策信息、经办流程请登录 官方网站 或 微信  公众号进行查询。 | | |
| 确认信息： 您所办理的定点医药机构单位名称变更业务已办结。  您所办理的定点医药机构单位名称变更业务未通过。 | | |
| 申请人/经办人： | 受理人： | 审核人： |

定点医药机构经营范围(含级别、类别、经营

范围、诊疗项目) 变更业务流程

(经办政务服务事项清单 J002036009001\_02)

为明确定点医药机构经营范围(含级别、类别、经营范围、 诊疗项目) 变更业务的服务对象、受理条件、办理材料明细、办 理流程、办件类型、办理时限及其他事项制定本流程。

1.服务对象

定点医药机构。

2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细 3.1《基本医疗保险定点医药机构信息变更表》(附件 1)。

3.2 市场监管、卫生健康、药监部门或民政等部门批准的变 更文件。

4.办理流程

4.1 申请

定点医药机构办理定点医药机构经营范围(含级别、类别、 经营范围、诊疗项目)变更业务时，定点医药机构可登录医保经 办政务服务网上大厅或到医保经办服务窗口进行申请并提交材 料。

4.2 受理

工作人员对定点医药机构申报的信息和提交材料进行受理， 打印《吉林省医疗保障业务单》(附件 2)。如填写内容有误或材 料提供不全的，不予受理，并告知原因。定点医药机构符合条件 后可重新申请。

4.3 审核

工作人员对受理业务进行审核，给出审核意见。

4.4 办结

工作人员维护变更信息，打印《吉林省医疗保障业务单》(附 件 3)。

4.5 送达

办理结果推送。

5.办件类型

承诺件。

6.办理时限

20 个工作日。

7.其他事项

定点医药机构在行业主管部门变更后 30 个工作日内申请变 更。

8.业务流程图

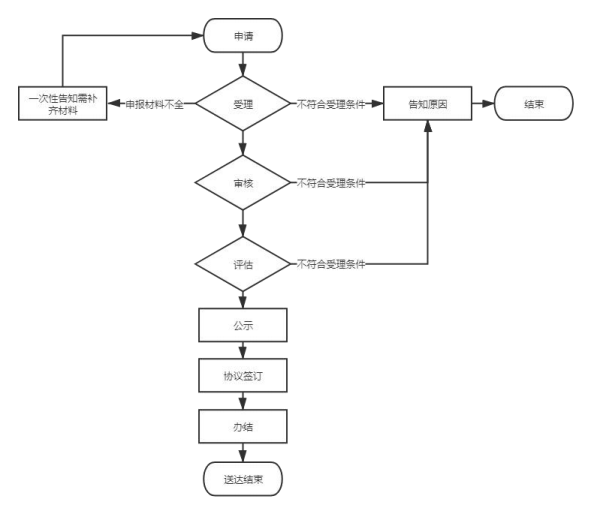


图 1 定点医药机构经营范围(含级别、类别、经营范围、诊疗项目) 变更业务流程

附件 1

基本医疗保险定点医药机构信息变更表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请单位/编码 | |  | |
| 联系人/电话 | |  | |
| 变更事项 | | 变更前 | 变更后 |
| 单位名称 | |  |  |
| 经营地址 | |  |  |
| 法定代表人 | 姓名 |  |  |
| 身份证号码 |  |  |
| 联系电话 |  |  |
| 经营范围(诊疗科目) | |  |  |
| 级别 | |  |  |
| 类别 | |  |  |
| 变更原因 | |  | |
| 申请人签字： | (申请单位盖章) | | |
| 年 月 日 | | | |

附件 2



受理编号

吉林省医疗保障业务单

受理日期



基本信息：(请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务)

定点编码：

单位名称：

申报信息：(请您仔细核对信息内容，如与申报情况不一致，请及时调整)

业务名称：定点医药机构经营范围(含级别、类别、经营范围、诊疗项目) 变更业务 经 办 人： 联系电话：

|  |  |
| --- | --- |
| 提供材料：  《基本医疗保险定点医药机构信息变更表》  市场监管、卫生健康、药监部门或民政等部门批准的变更文件 | |
| 确认信息： 您所申报定点医药机构经营范围(含级别、类别、经营范围、诊疗项目) 变更业务  已受理，办理时限为 20 个工作日，您可拨打 查询业务办理进度，也可扫描登记单右上方的二维 码可查询此项业务办理进度。  您所申报定点医药机构经营范围(含级别、类别、经营范围、诊疗项目) 变更业务 不符合受理条件，原因： | |
| 申请人/经办人： | 受理人： |



附件 3



吉林省医疗保障业务单

办理编号

办结日期

基本信息：(请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务)

定点编码：

单位名称：

办理信息：(请您仔细核对信息内容，如与办理情况不一致，请及时调整)

业务名称：定点医药机构经营范围(含级别、类别、经营范围、诊疗项目) 变更业务 经 办 人： 联系电话：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 提示信息：(请您仔细核对信息内容，如有问题可向业务人员咨询)  1、您申请的定点医药机构经营范围(含级别、类别、经营范围、诊疗项目) 变更业务已经办理完 成,请您仔细核对信息。  2、业务办理时间：工作日(法定节假日、休息日除外)，请您合理安排时间前来办理。  3、业务咨询电话：  4、扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务。  5、更多政策信息、经办流程请登录 官方网站 或 微信  公众号进行查询。 | | |
| 确认信息： 您所办理的定点医药机构经营范围(含级别、类别、经营范围、诊疗项目) 变更业  务已办结。  您所办理的定点医药机构经营范围(含级别、类别、经营范围、诊疗项目) 变更业  务未通过。 | | |
| 申请人/经办人： | 受理人： | 审核人： |

定点医药机构法定代表人变更业务流程

(经办政务服务事项清单 J002036009001\_03)

为明确定点医药机构法定代表人变更业务的服务对象、受理 条件、办理材料明细、办理流程、办件类型、办理时限及其他事 项制定本流程。

1.服务对象

定点医药机构。

2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细 3.1《基本医疗保险定点医药机构信息变更表》(附件 1)。

3.2 市场监管、卫生健康、药监部门或民政等部门批准的变 更文件。

3.3 法定代表人身份证。

4.办理流程

4.1 申请

定点医药机构办理定点医药机构法定代表人变更业务时，可 登录医保经办政务服务网上大厅或到医保经办服务窗口进行申 请并提交材料。

4.2 受理

工作人员对定点医药机构申报的信息和提交材料进行受理，

打印《吉林省医疗保障业务单》(附件 2)。如填写内容有误或材 料提供不全的，不予受理，并告知原因。定点医药机构符合条件 后可重新申请。

4.3 审核

工作人员对受理业务进行审核，给出审核意见。

4.4 办结

工作人员维护变更信息，打印《吉林省医疗保障业务单》(附 件 3)。

4.5 送达

办理结果推送。

5.办件类型

承诺件。

6.办理时限

20 个工作日。

7.其他事项

定点医药机构在行业主管部门变更后 30 个工作日内申请变 更。

8.业务流程图

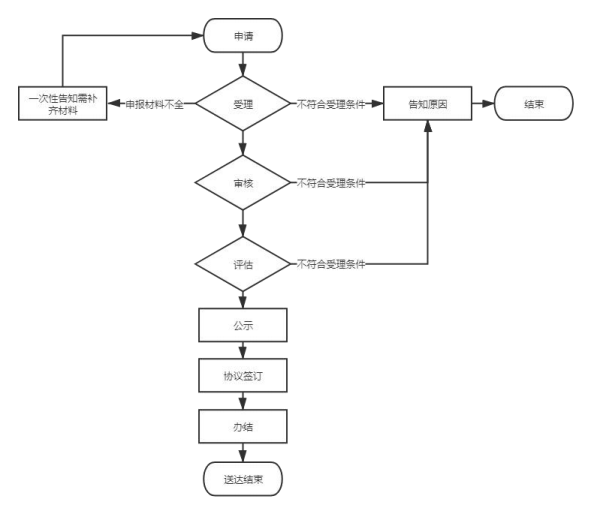


图 1 定点医药机构单位法定代表人变更业务流程

附件 1

基本医疗保险定点医药机构信息变更表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请单位/编码 | |  | |
| 联系人/电话 | |  | |
| 变更事项 | | 变更前 | 变更后 |
| 单位名称 | |  |  |
| 经营地址 | |  |  |
| 法定代表 人 | 姓名 |  |  |
| 身份证号码 |  |  |
| 联系电话 |  |  |
| 经营范围(诊疗科目) | |  |  |
| 级别 | |  |  |
| 类别 | |  |  |
| 变更原因 | |  | |
| 申请人签字： | | (申请单位盖章) | |
| 年 月 日 | | | |

附件 2



吉林省医疗保障业务单



受理编号

受理日期

|  |  |
| --- | --- |
| 基本信息： (请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务) | |
| 定点编码： | 单位名称： |
| 申报信息： (请您仔细核对信息内容，如与申报情况不一致，请及时调整) 业务名称：定点医药机构单位法定代表人变更业务  经 办 人： 联系电话： | |
| 提供材料：  《基本医疗保险定点医药机构信息变更表》  市场监管、卫生健康、药监部门或民政等部门批准的变更文件  法定代表人身份证 | |
| 确认信息： 您所申报定点医药机构单位法定代表人变更业务已受理，办理时限为 20 个工 作日，您可拨打 查询业务办理进度，也可扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务办理进  度。  您所申报定点医药机构单位法定代表人变更业务不符合受理条件，原因: | |

申请人/经办人：

受理人：

附件 3



吉林省医疗保障业务单



办理编号

办结日期

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 基本信息： (请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务) | | |
| 定点编码： | 单位名称： | |
| 办理信息： (请您仔细核对信息内容，如与办理情况不一致，请及时调整) 业务名称：定点医药机构单位法定代表人变更业务  经 办 人： 联系电话： | | |
| 提示信息： (请您仔细核对信息内容，如有问题可向业务人员咨询)  1、您申请的定点医药机构单位法定代表人变更业务已经办理完成,请您仔细核对信息。  2、业务办理时间：工作日(法定节假日、休息日除外)，请您合理安排时间前来办理。  3、业务咨询电话：  4、扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务。  5、更多政策信息、经办流程请登录 官方网站 或 微  信公众号进行查询。 | | |
| 确认信息： 您所办理的定点医药机构单位法定代表人变更业务已办结。  您所办理的定点医药机构单位法定代表人变更业务未通过。 | | |
| 申请人/经办人： | 受理人： | 审核人： |
|  | | |

定点医药机构经营地址变更业务流程

(经办政务服务事项清单 J002036009001\_04)

为明确定点医药机构经营地址变更业务的服务对象、受理条 件、办理材料明细、办理流程、办件类型、办理时限及其他事项 制定本流程。

1.服务对象

定点医药机构。

2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细 3.1《基本医疗保险定点医药机构信息变更表》(附件 1) 。

3.2 市场监管、卫生健康、药监部门或民政等部门批准的变 更文件。

3.3 法定代表人身份证。

3.4 变更后经营场所房屋产权证明或租赁合同

4.办理流程

4.1 申请

定点医药机构办理定点医药机构经营地址变更业务时，可登 录医保经办政务服务网上大厅或到医保经办服务窗口进行申请 并提交材料。

4.2 受理

工作人员对定点医药机构申报的信息和提交材料进行受理， 打印《吉林省医疗保障业务单》(附件 2)。如填写内容有误或材 料提供不全的，不予受理，并告知原因。定点医药机构符合条件 后可重新申请。

4.3 审核

工作人员对受理业务进行审核，给出审核意见。

4.4 办结

工作人员维护变更信息，打印《吉林省医疗保障业务单》(附 件 3)。

4.5 送达

办理结果推送。

5.办件类型

承诺件。

6.办理时限

20 个工作日。

7.其他事项

定点医药机构在行业主管部门变更后 30 个工作日内申请变 更。

8.业务流程图

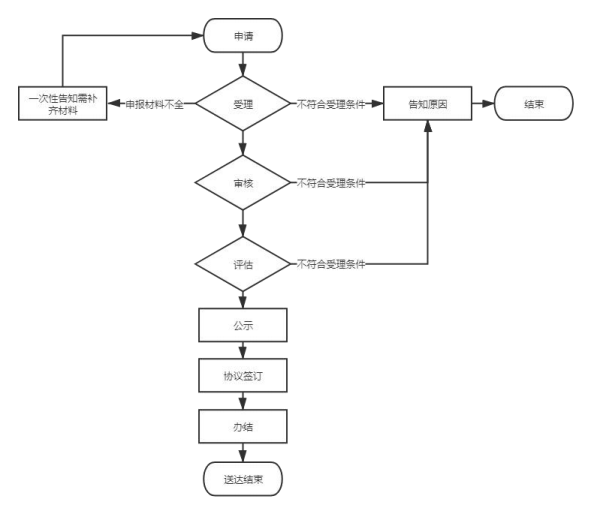


图 1 定点医药机构经营地址变更业务流程

附件 1

基本医疗保险定点医药机构信息变更表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请单位/编码 | |  | |
| 联系人/电话 | |  | |
| 变更事项 | | 变更前 | 变更后 |
| 单位名称 | |  |  |
| 经营地址 | |  |  |
| 法定代表人 | 姓名 |  |  |
| 身份证号码 |  |  |
| 联系电话 |  |  |
| 经营范围(诊疗科目) | |  |  |
| 级别 | |  |  |
| 类别 | |  |  |
| 变更原因 | |  | |
| 申请人签字： | (申请单位盖章) | | |
| 年 月 日 | | | |

附件 2



吉林省医疗保障业务单



受理编号

受理日期

|  |  |
| --- | --- |
| 基本信息： (请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务) | |
| 定点编码： | 单位名称： |
| 申报信息： (请您仔细核对信息内容，如与申报情况不一致，请及时调整) 业务名称：定点医药机构经营地址变更业务  经 办 人： 联系电话： | |
| 提供材料：  《基本医疗保险定点医药机构信息变更表》  市场监管、卫生健康、药监部门或民政等部门批准的变更文件  法定代表人身份证  变更后经营场所房屋产权证明或租赁合同 | |
| 确认信息： 您所申报定点医药机构经营地址变更业务已受理， 办理时限为 20 个工作日，您  可拨打 查询业务办理进度，也可扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务办理进度。  您所申报定点医药机构经营地址变更业务不符合受理条件，原因： | |
| 申请人/经办人： | 受理人： |

附件 3



吉林省医疗保障业务单



办理编号

办结日期

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 基本信息： (请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务) | | |
| 定点编码： | 单位名称： | |
| 办理信息：(请您仔细核对信息内容，如与办理情况不一致，请及时调整) 业务名称：定点医药机构经营地址变更业务  经 办 人： 联系电话： | | |
| 提示信息：(请您仔细核对信息内容，如有问题可向业务人员咨询)  1、您申请的定点医药机构经营地址变更业务业务已经办理完成,请您仔细核对信息。  2、业务办理时间：工作日(法定节假日、休息日除外)，请您合理安排时间前来办理。  3、业务咨询电话：  4、扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务。  5、更多政策信息、经办流程请登录 官方网站 或 微  信公众号进行查询。 | | |
| 确认信息： 您所办理的定点医药机构经营地址变更业务已办结。  您所办理的定点医药机构经营地址变更业务未通过。 | | |
| 申请人/经办人： | 受理人： | 审核人： |

定点医药机构服务暂停业务流程

(经办政务服务事项清单 J002036009002\_01)

为明确定点医药机构服务暂停业务的服务对象、受理条件、 办理材料明细、办理流程、办件类型、办理时限及其他事项制定 本流程。

1.服务对象

定点医药机构。

2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细

3.1 经办人身份证。

3.2《定点医药机构暂停(终止) 服务申请表》(附件 1)。 4.办理流程

4.1 申请

定点医药机构办理定点医药机构服务暂停业务时，可登录医 保经办政务服务网上大厅或到医保经办服务窗口进行申请并提 交材料。

4.2 受理

工作人员对定点医药机构申报的信息和提交材料进行受理， 打印《吉林省医疗保障业务单》(附件 2)。如填写内容有误或材 料提供不全的，不予受理，并告知原因。定点医药机构符合条件

后可重新申请。

4.3 审核

工作人员对受理业务进行审核，给出审核意见。

4.4 办结

工作人员维护信息，打印《吉林省医疗保障业务单》(附件 3)。

4.5 送达

办理结果推送。

5.办件类型

承诺件。

6.办理时限

5 个工作日。

7.业务流程图

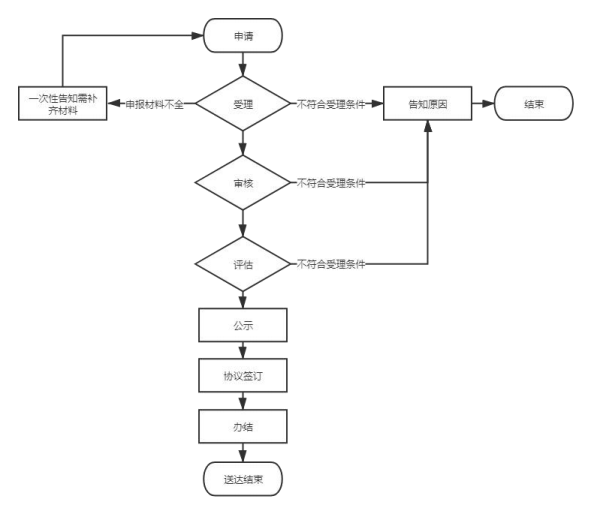


图 1 定点医药机构服务暂停业务流程

附件 1

定点医药机构暂停(终止) 服务申请表

|  |  |
| --- | --- |
| 定点编码 |  |
| 定点名称 |  |
| 联系人 |  |
| 联系电话 |  |
| 申请业务 | □暂停 □终止 |
| 暂停(终止) 原因 |  |
| 申请人签字： | (申请单位盖章) |
| 年 月 日 | |



附件 2



吉林省医疗保障业务单

受理编号

受理日期

|  |  |
| --- | --- |
| 基本信息： (请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务) | |
| 定点编码： | 单位名称： |
| 申报信息： (请您仔细核对信息内容，如与申报情况不一致，请及时调整) 业务名称：定点医药机构服务暂停业务  经 办 人： 联系电话： | |
| 提供材料：  经办人身份证  定点医药机构暂停(终止) 服务申请表 | |
| 确认信息： 您所申报定点医药机构服务暂停业务已受理，办理时限为 5 个工作日，您可拨  打 查询业务办理进度，也可扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务办理进度。 您所申报定点医药机构服务暂停业务不符合受理条件，原因： | |

申请人/经办人：

受理人：

附件 3



吉林省医疗保障业务单



办理编号

办结日期

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 基本信息： (请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务) | | |
| 单位名称：  单位性质：  法人姓名： | 社会统一信用代码：  通讯地址：  法人联系电话： | |
| 办理信息：(请您仔细核对信息内容，如与办理情况不一致，请及时调整) 业务名称：定点医药机构服务暂停业务  经 办 人： 联系电话： | | |
| 提示信息： (请您仔细核对信息内容，如有问题可向业务人员咨询)  1、您申请的定点医药机构服务暂停业务已经办理完成,请您仔细核对信息。  2、业务办理时间：工作日(法定节假日、休息日除外)，请您合理安排时间前来办理。  3、业务咨询电话：  4、扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务。  5、更多政策信息、经办流程请登录 官方网站 或 微  信公众号进行查询。 | | |
| 确认信息： 您所办理的定点医药机构服务暂停业务已办结。  您所办理的定点医药机构服务暂停业务未通过。 | | |
| 申请人/经办人： | 受理人： | 审核人： |

定点医药机构服务终止业务流程

(经办政务服务事项清单-J002036009002\_02)

为明确定点医药机构服务终止业务的服务对象、受理条件、 办理材料明细、办理流程、办件类型、办理时限及其他事项制定 本流程。

1.服务对象

定点医药机构。

2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细

3.1 经办人身份证。

3.2《定点医药机构暂停(终止) 服务申请表》(附件 1)。 4.办理流程

4.1 申请

定点医药机构办理定点医药机构服务终止业务时，可登录医 保经办政务服务网上大厅或到医保经办服务窗口进行申请并提 交材料。

4.2 受理

工作人员对定点医药机构申报的信息和提交材料进行受理， 打印《吉林省医疗保障业务单》(附件 2)。如填写内容有误或材 料提供不全的，不予受理，并告知原因。定点医药机构符合条件

后可重新申请。

4.3 审核

工作人员对受理业务进行审核，给出审核意见。

4.4 办结

工作人员维护信息，打印《吉林省医疗保障业务单》(附件 3)。

4.5 送达

办理结果推送。

5.办件类型

承诺件。

6.办理时限

5 个工作日。

7.业务流程图

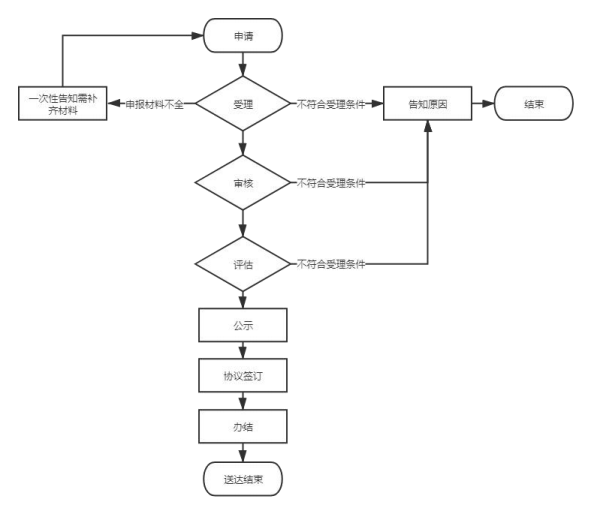


图 1 定点医药机构服务终止业务流程

附件 1

定点医药机构暂停(终止) 服务申请表

|  |  |
| --- | --- |
| 定点编码 |  |
| 定点名称 |  |
| 联系人 |  |
| 联系电话 |  |
| 申请业务 | □暂停 □终止 |
| 暂停(终止) 原因 |  |
| 申请人签字： | (申请单位盖章) |
| 年 月 日 | |

附件 2



受理编号



吉林省医疗保障业务单

受理日期

|  |  |
| --- | --- |
| 基本信息：(请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务) | |
| 定点编码： | 单位名称： |
| 申报信息：(请您仔细核对信息内容，如与申报情况不一致，请及时调整)  业务名称：定点医药机构服务终止业务  经 办 人： 联系电话： | |
| 提供材料：  经办人身份证  定点医药机构暂停(终止) 服务申请表 | |
| 确认信息： 您所申报定点医药机构服务终止业务已受理， 办理时限为 5 个工作日， 您可拨打  查询业务办理进度，也可扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务办理进度。  您所申报定点医药机构服务终止业务不符合受理条件，原因： | |
| 申请人/经办人： | 受理人： |



附件 3



吉林省医疗保障业务单

办理编号

办结日期

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 基本信息：(请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务) | | |
| 定点编码： | 单位名称： | |
| 办理信息：(请您仔细核对信息内容，如与办理情况不一致，请及时调整)  业务名称：定点医药机构服务终止业务  经 办 人： 联系电话： | | |
| 提示信息：(请您仔细核对信息内容，如有问题可向业务人员咨询)  1、您申请的定点医药机构服务终止业务已经办理完成,请您仔细核对信息。  2、业务办理时间：工作日(法定节假日、休息日除外)，请您合理安排时间前来办理。  3、业务咨询电话：  4、扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务。  5、更多政策信息、经办流程请登录 官方网站 或 微信  公众号进行查询。 | | |
| 确认信息： 您所办理的定点医药机构服务终止业务已办结。  您所办理的定点医药机构服务终止业务未通过。 | | |
| 申请人/经办人： | 受理人： | 审核人： |

医保服务医师资格申请业务流程

(经办政务服务事项清单 J002036009003)

为明确医保服务医师资格申请业务的服务对象、受理条件、 办理材料明细、办理流程、办件类型、办理时限及其他事项制定 本流程。

1.服务对象

定点医疗机构。

2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细

3.1 执业医师证书。

3.2 注册证书。

4.办理流程

4.1 申请

定点医疗机构办理医保服务医师资格申请业务时，可登录医 保经办政务服务网上大厅或到医保经办服务窗口进行申请并提 交材料。

4.2 受理

工作人员对定点医疗机构申报的信息和提交材料进行受理， 打印《吉林省医疗保障业务单》(附件 1)。如填写内容有误或材 料提供不全的，不予受理，并告知原因。符合条件后可重新申请。

4.3 审核

工作人员对受理业务进行审核，给出审核意见。

4.4 办结

打印《吉林省医疗保障业务单》(附件 2)。

4.5 送达

办理结果推送。

5.办件类型

承诺件。

6.办理时限

5 个工作日

7.业务流程图

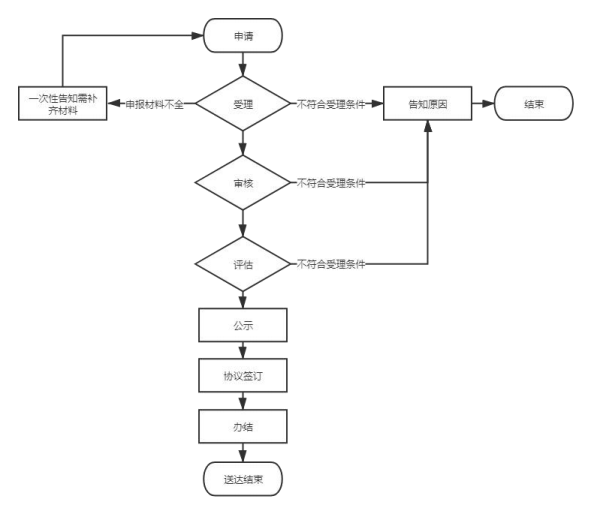


图 1 医保服务医师资格申请业务流程



附件 1



受理编号

吉林省医疗保障业务单

受理日期



|  |  |
| --- | --- |
| 基本信息：(请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务) | |
| 定点名称： | 单位名称： |
| 申报信息：(请您仔细核对信息内容，如与申报情况不一致，请及时调整)  业务名称： 医保服务医师资格申请业务  经 办 人： 联系电话： | |
| 提供材料：  执业医师证书  注册证书 | |

确认信息： 您所申报医保服务医师资格申请业务已受理，办理时限为 5 个工作日，您可拨打 查询业务办理进度，也可扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务办理进度。

您所申报医保服务医师资格申请业务不符合受理条件，原因：

申请人/经办人：

受理人：



附件 2



吉林省医疗保障业务单

办理编号

办结日期

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 基本信息：(请您仔细核对信息内容，如信息内容有变更，请及时办理变更业务) | | |
| 定点名称： | 单位名称： | |
| 办理信息： (请您仔细核对信息内容，如与办理情况不一致，请及时调整)  业务名称： 医保服务医师资格申请业务  经 办 人： 联系电话： | | |
| 提示信息： (请您仔细核对信息内容，如有问题可向业务人员咨询)  1、您申请的医保服务医师资格申请业务已经办理完成,请您仔细核对信息。  2、业务办理时间：工作日(法定节假日、休息日除外)，请您合理安排时间前来办理。  3、业务咨询电话：  4、扫描登记单右上方的二维码可查询此项业务。  5、更多政策信息、经办流程请登录 官方网站 或 微  信公众号进行查询。 | | |
| 确认信息： 您所办理的医保服务医师资格申请业务已办结。  您所办理的医保服务医师资格申请业务未通过。 | | |
| 申请人/经办人： | 受理人： | 审核人： |

定点机构目录信息库维护业务流程

(经办政务服务事项清单 J00203601400Y)

为明确定点机构目录信息库维护业务的服务对象、受理条 件、办理材料明细、办理流程、办件类型、办理时限及其他事项 制定本流程。

1.服务对象

定点机构。

2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细

无

4.办理流程

4.1 申请

定点机构将自己使用的药品按照药品目录数据库中药品注 册名称和剂型等相关信息与省直系统内的药品目录数据库进行 对照上传；将自己使用的诊疗项目、医疗服务设施和耗材、疾病 诊断和手术代码按照项目名称等相关信息与省直系统内的诊疗 目录数据库进行对照上传。

4.2 受理

工作人员对定点机构申报的信息和提交材料进行受理，如填 写内容有误或材料提供不全的，不予受理，并告知原因。定点机

构符合条件后可重新申请。

4.3 审核

工作人员对申报内容进行审核，给出审核意见。

4.4 办结

目录对照上传结果显示“审核通过”。

4.5 送达

定点机构使用目录信息库。

5.办件类型

承诺件。

6.办理时限

15 个工作日。

7.其他事项

国家平台每年都会进行多次的标准化目录维护，经办机构会 发送通知及更新日志，更新日志中会体现本次更新的内容,请各 定点机构及时更新对照(收费端会在中心端更新后 15-30 分钟内 自动更新) ，有错误及时更改。

长期护理保险待遇支付业务流程

(经办政务服务事项清单 J002036013002)

为明确长期护理保险待遇支付业务服务对象、受理条件、办 理材料明细、办理流程、办件类型、办理时限及其他事项制定本 流程。

1.服务对象

已通过长期护理保险评估认定的参保人员。

2.受理条件

符合法定形式，要件齐全。

3.办理材料明细

医保电子凭证或有效身份证件或社保卡。

4.办理流程

4.1 申请

参保人员持医保电子凭证或身份证或社保卡至长护定点服 务机构进行申请。

4.2 受理

长护定点服务机构负责现场受理参保人员的申请。

4.3 审核

5.办件类型

即办件。

6.办理时限

1 个工作日。

7.其他事项

7.1 定点服务机构直接结算。

7.2 参保人员持医保电子凭证或身份证或社保卡在长护定点 服务机构划卡结算即为完成支付。