

# 辽宁省医疗保障局

辽医保〔2024〕4号

## 关于印发《辽宁省医疗保障经办政务服务事项清单（2024年版）》的通知

各市医疗保障局：

为贯彻落实《社会保险经办条例》《国家医疗保障局办公室关于印发〈全国医疗保障经办政务服务事项清单（2023年版）〉的通知》（医保办发〔2023〕24号）精神，进一步规范医保经办服务，结合我省医疗保障经办服务实际，对《辽宁医疗保障经办政务服务事项清单（2023年版）》进行修改优化，现印发给你们，提出如下要求，请一并认真贯彻落实。

### 一、严格落实省级清单

各级医疗保障部门要高度重视清单落实工作，直接执行省级清单，不再出台本级清单。按照我省“八统一”和“四个最”要

求，及清单最底线原则，清理清单制度外事项，打造群众满意的医疗保障经办政务服务。

## 二、推动清单事项下沉

各级医疗保障部门要持续深化经办体系建设，将参保登记、异地就医备案等高频医保政务服务事项下沉至乡镇（街道）、村（社区）以及定点医药机构、学校、银行等有能力承接的基层服务网点，加强帮办代办业务培训，实现群众医保业务就近办、马上办、一次办。

## 三、强化医保信息支撑

各级医疗保障部门要结合清单实施工作，推进医保数智化赋能，及时对信息系统应用提出优化建议，准确统计、分析线上线下一类渠道的办件情况，对办理时限进行监测和预警，切实提升医疗保障经办服务标准化水平。

《关于印发辽宁医疗保障经办政务服务事项清单（2023年版）的通知》（辽医保〔2023〕41号）同步废止。

- 附件：1. 辽宁省医疗保障经办政务服务事项清单（2024年版）  
2. 辽宁省医疗保障经办政务服务事项清单（2024年版）参考样表



附件 1

# 辽宁省医疗保障经办政务服务事项清单(2024年版)

| 主项              | 主项编码         | 子项序号 | 子项       | 子项编码         | 办理材料  | 办理时限                            | 办理环节        | 备注   | 设定依据  |
|-----------------|--------------|------|----------|--------------|---|---------------------------------|-------------|--|---|
| 一、基本医疗保险参保和变更登记 | 002036001001 | 1    | 单位参保登记   | 002036001001 | 1. 统一社会信用代码证书或单位批准成立(注销)的文件<br>2. 《基本医疗保险单位参保信息登记表》(加盖单位公章)   | 不超过5个工作日                        | 申请—受理—审核—办结 | 1. 各地可通过查询市场监管部门“五证合一”数据获取信息并即时办结;<br>2. 参保登记含新参保、暂停参保、注销登记、合并、分等相关内容。   | 1. 《中华人民共和国社会保险法》第五十七条;<br>2. 《社会保险费征缴暂行条例》(国务院令 第259号) 第八条;<br>3. 《社会保险经办条例》(国务院令 第765号) 第六条、第十条。  |
|                 |              | 2    | 职工参保登记   | 002036001002 | 1. 在职职工: ①《职工基本医疗保险参保登记表》(含新增、暂停、终止、恢复、在职转退休)(加盖公章); ②有效身份证件复印件<br>2. 灵活就业人员: ①有效身份证件; ②《职工基本医疗保险参保登记表》 | 在职职工: 不超过5个工作日;<br>灵活就业人员: 即时办结 | 申请—受理—审核—办结 | 1. 特殊人群还需提供:<br>①港澳居民来往内地通行证或港澳台居民居住证, 以及建立劳动关系证明;<br>②外国人参加在职职工医保的, 需提供外国人就业证件及居留证件, 或外国人永久居留证;<br>③出国定居的, 需提供护照或永久居留证;<br>④在职转退休的, 需提供退休审批材料。<br>2. 个人出现国家规定的停止享受医保待遇的情形后, 用人单位、待遇享受人员或者其亲属应当自相关情形发生之日起20个工作日内告知医保经办机构, 无法通过数据共享获取的相关证明材料的需求提供相应的佐证资料。 | 1. 《中华人民共和国社会保险法》第二十三条、第二十四条、第二十五条、第五十八条;<br>2. 《社会保险经办条例》(国务院令 第765号) 第六条;<br>3. 《香港澳门台湾居民在内地(大陆)参加社会保险暂行办法》(中华人民共和国人力资源和社会保障部、国家医疗保障局令 第41号) 第二条、第三条、第四条、第十四条;<br>4. 《在中国境内就业的外国人参加社会保险暂行办法》(中华人民共和国人力资源和社会保障部令 第16号) 第三条、第四条;<br>5. 中共中央组织部 人力资源社会保障部 公安部等25部门关于印发《外国人在中国永久居留享有相关待遇的办法》的通知(人社部发〔2012〕53号);<br>6. 《国务院关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》(国发〔2016〕3号)。 |
|                 |              | 3    | 城乡居民参保登记 | 002036001003 | 1. 有效身份证件<br>2. 《城乡居民基本医疗保险参保登记表》(含新增、暂停、终止、恢复)   | 即时办结                            | 申请—受理—审核—办结 | 1. 各地应积极协同推进“新生儿出生一件事”联办, 方便新生儿办理城乡居民参保登记;<br>2. 个人出现国家规定的停止享受医保待遇的情形后, 待遇享受人员或者其亲属应当自相关情形发生之日起20个工作日内告知医保经办机构, 无法通过数据共享获取的相关证明材料的需求提供相应的佐证资料。   |   |

| 主项                     | 主项编码         | 子项序号 | 子项            | 子项编码         | 办理材料  | 办理时限        | 办理环节           | 备注  | 设定依据  |
|------------------------|--------------|------|---------------|--------------|---|-------------|----------------|---|---|
|                        |              | 4    | 单位参保信息变更登记    | 002036001004 | 《基本医疗保险参保单位信息变更登记表》(加盖单位公章)                       | 即时办结        | 申请—受理—审核—办结    | 变更单位性质、法定代表人、银行账户等关键信息的, 应提供必要的佐证资料。  | 1. 《中华人民共和国社会保险法》第五十七条;<br>2. 《社会保险费征缴暂行条例》(国务院令 第 259 号) 第九条;<br>3. 《社会保险经办条例》(国务院令 第 765 号) 第八条、第九条、第十条。  |
|                        |              | 5    | 职工参保信息变更登记    | 002036001005 | 1. 有效身份证件<br>2. 《基本医疗保险职工参保信息变更登记表》(关键信息变更加盖单位公章) | 即时办结        | 申请—受理—审核—办结    | 变更姓名、性别、身份证号、出生日期等关键信息的, 应提供必要的佐证资料。  |   |
|                        |              | 6    | 城乡居民参保信息变更登记  | 002036001006 | 1. 有效身份证件<br>2. 《基本医疗保险城乡居民参保信息变更登记表》             | 即时办结        | 申请—受理—审核—办结    |   |   |
|                        |              | 7    | 参保单位参保信息查询    | 212036002001 | 单位有效证明文件  | 即时办结        | 申请—受理—办结       | 单位有效证明文件可包括: 统一社会信用代码证书或介绍信。  | 1. 《中华人民共和国社会保险法》第七十四条;<br>2. 《社会保险费征缴暂行条例》(国务院令 第 259 号) 第十六条;<br>3. 《社会保险经办条例》(国务院令 第 765 号) 第三十二条。   |
|                        |              | 8    | 参保人员参保信息查询    | 212036002002 | 有效身份证件  | 即时办结        | 申请—受理—办结       |   |   |
| 二、基本医疗保险参保信息和个人账户一次性支取 | 21203600200Y | 9    | 参保人员个人账户一次性支取 | 212036002003 | 1. 有效身份证件<br>2. 《职工基本医疗保险个人账户一次性支取申请表》            | 不超过 15 个工作日 | 申请—受理—审核—拨付—办结 | 1. 因死亡支取的应提供继承人身份证、银行卡账户信息, 通过数据共享无法查询死亡信息的应提供个人承诺书;<br>2. 主动放弃基本医疗保险的, 需提供主动放弃基本医疗保险的情况说明。 | 1. 《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》(国发〔1998〕44 号);<br>2. 《香港澳门台湾居民在内地(大陆)参加社会保险暂行办法》(中华人民共和国人力资源和社会保障部、国家医疗保障局令第 41 号) 第七条;<br>3. 《在中国境内就业的外国人参加社会保险暂行办法》(中华人民共和国人力资源和社会保障部令 第 16 号) 第五条、第六条。 |

| 主项             | 主项编码         | 子项序号 | 子项         | 子项编码         | 办理材料  | 办理时限      | 办理环节        | 备注  | 设定依据  |
|----------------|--------------|------|------------|--------------|---|-----------|-------------|---|---|
| 三、基本医疗保险关系转移接续 | 21203600300V | 10   | 转移接续手续办理   | 212036003002 | 有效身份证件  | 不超过15个工作日 | 申请—受理—审核—办结 | 1. 通过平台、网厅、APP等线上方式进行转移接续办理。<br>①转移接续申请成功后受理,转出地经办机构10个工作日内生成、发出《信息表》,划转资金。<br>②转入地经办机构收到《信息表》应在5个工作日内办结,待转移资金转入后办理基金转入。<br>2. 特殊情况,可通过线下方式进行转移接续办理。  | 1. 《中华人民共和国社会保险法》第三十二条;<br>2. 《国家医保局办公室 财政部办公厅关于印发〈基本医疗保险关系转移接续暂行办法〉的通知》(医保办发〔2021〕43号)第二条、第八条、第九条。<br>3. 《关于印发〈辽宁省基本医疗保险转移接续实施办法(试行)〉的通知》(辽医保办发〔2022〕16号)<br>4. 《国家医疗保障局办公室关于实施医保服务十六项便民措施的通知》(医保发〔2023〕16号) |
|                |              | 11   | 异地安置退休人员备案 | 212036004001 | 1. 有效身份证件<br>2. 《异地就医登记备案表》<br>3. 异地安置认定材料(“户口本首页”和本人“常住人口登记卡”,或基本医疗保险异地就医备案个人承诺书)  | 即时办结      | 申请—受理—审核—办结 | 1. 参保人员可选择在参保地的经办机构窗口、医疗机构窗口、医保服务站、乡镇(街道)社区服务中心、银行网点等多种线下途径办理异地就医备案,也可通过国家医保服务平台APP、国家异地就医备案小程序、国务院客户端小程序、辽事通、地方政务服务“一网通办”等线上途径办理异地就医备案手续,原则上参保地经办机构应在2个工作日内办结<br>2. 办理终止只需有效身份证件;办理变更需提供异地安置备案材料<br>3. 实行自助开通的市可以进行条件合并  | 1. 《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》(医保发〔2022〕22号)<br>2. 《关于印发辽宁省异地就医直接结算管理办法(2022年版)的通知》(辽医保发〔2022〕19号)<br>3. 《关于印发辽宁省基本医疗保险异地就医结算经办规程的通知》(辽医保发〔2023〕5号)   |
| 四、基本医疗保险异地就医备案 | 21203600400V | 12   | 异地长期居住人员备案 | 212036004002 | 1. 有效身份证件<br>2. 《异地就医登记备案表》<br>3. 职工医保退休人员或达到60周岁的居民医保参保人员在异地定居的,长期居住认定材料(房屋所有证明或居住或居住地“户口本首页”和本人“常住人口登记卡”任选其一或基本医疗保险异地就医备案个人承诺书)<br>4. 未成年居民医保参保人员随监护人长期异地居住的,长期居住认定材料(监护人身份证、监护关系声明、监护人在当地参加职工医保或已办理常驻异地工作人员异地就医备案) | 即时办结      | 申请—受理—审核—办结 | 1. 参保人员可选择在参保地的经办机构窗口、医疗机构窗口、医保服务站、乡镇(街道)社区服务中心、银行网点等多种线下途径办理异地就医备案,也可通过国家医保服务平台APP、国家异地就医备案小程序、国务院客户端小程序、辽事通、地方政务服务“一网通办”等线上途径办理异地就医备案手续,原则上参保地经办机构应在2个工作日内办结<br>2. 参保人员在居住地公安派出所或受公安机关委托的社区服务机构办理申领居住证手续且尚未领取的,可提交有关部门出具的受理凭证<br>3. 办理终止只需有效身份证件;办理变更需提供异地安置备案材料<br>4. 实行自助开通的市可以进行条件合并 | 1. 《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》(医保发〔2022〕22号)<br>2. 《关于印发辽宁省异地就医直接结算管理办法(2022年版)的通知》(辽医保发〔2022〕19号)<br>3. 《关于印发辽宁省基本医疗保险异地就医结算经办规程的通知》(辽医保发〔2023〕5号)   |

| 主项                        | 主项编码             | 子项序号 | 子项                      | 子项编码             | 办理材料  | 办理时限      | 办理环节             | 备注  | 设定依据  |
|---------------------------|------------------|------|-------------------------|------------------|---|-----------|------------------|---|---|
|                           |                  | 13   | 常驻异地工作人员备案              | 21203600<br>4003 | 1. 有效身份证件<br>2. 《异地就医登记备案表》<br>3. 确因工作需要由用人单位派驻异地工作半年以上的在职职工，由用人单位办理，需提供异地工作证明材料（参保地工作单位派出证明、异地工作单位证明、劳动合同任选其一或基本医疗保障异地就医备案个人承诺书）<br>4. 灵活就业职工医保在职人员或居民医保参保人员，因外出务工或就业创业办理异地就医备案时，需提供居住证明或基本医疗保险异地就医备案个人承诺书 | 即时办结      | 申请—受理—<br>审核—办结  | 1. 参保人员可选择在参保地的经办机构窗口、医疗机构窗口、医保驿站、乡镇（街道）社区服务中心、银行网点等多种线下途径办理异地就医备案，也可通过国家医保服务平台APP、国家异地就医备案小程序、国务院客户端小程序、辽事通、地方政务服务“一网通办”等线上途径办理异地就医备案手续，原则上参保地经办机构应在2个工作日内办结<br>2. 办理终止只需有效身份证件；办理变更需提供异地安置备案材料<br>3. 实行自助开通的市可以进行要件合并 | 1. 《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）<br>2. 《关于印发辽宁省医疗保障异地就医结算管理办法（2022年版）的通知》（辽医保发〔2022〕19号）<br>3. 《关于印发辽宁省基本医疗保险异地就医结算经办规程的通知》（辽医保发〔2023〕5号）   |
|                           |                  |      |                         |                  | 14  | 异地转诊人员备案  | 21203600<br>4004 | 1. 有效身份证件<br>2. 《异地就医登记备案表》<br>3. 提供病情符合参保地转诊两种目录及标准范围的相关材料   | 即时办结  |
| 五、基本医疗保险参保人员享受门诊慢特病病种待遇认定 | 21203600<br>5000 | 15   | 基本医疗保险参保人员享受门诊慢特病病种待遇认定 | 21203600<br>5000 | 1. 有效身份证件<br>2. 《门诊慢特病种待遇认定申请表》<br>3. 病历资料或检查资料   | 不超过20个工作日 | 申请—受理—<br>审核—办结  | 1. 鼓励将门诊慢特病种待遇认定下沉到符合要求的定点医疗机构，由定点医疗机构“一站式”受理，经办机构对医疗机构认定情况进行有效监管；<br>2. 鼓励各地为群众提供线上办理渠道。<br>3. 鼓励各统筹地区委托第三方机构协助做好门诊慢特病认定经办服务工作<br>4. 省内异地认定结果互认  | 1. 《劳动和社会保障部办公厅关于妥善解决医疗保险制度改革有关问题的指导意见》（劳社厅发〔2002〕8号）；<br>2. 《卫生部 财政部 国家中医药管理局关于完善新型农村合作医疗统筹补偿方案的指导意见》（卫农卫发〔2007〕253号）；<br>3. 劳动和社会保障部等部委《关于城镇居民基本医疗保险医疗服务管理的意见》（劳社部发〔2007〕40号）；<br>4. 《国务院关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》（国发〔2016〕3号）。<br>5. 《关于规范全省门诊慢特病保障制度的通知》（辽医保〔2022〕17号） |

| 主项                     | 主项编码         | 子项序号 | 子项        | 子项编码         | 办理材料   | 办理时限      | 办理环节           | 备注  | 设定依据   |
|------------------------|--------------|------|-----------|--------------|--|-----------|----------------|---|--|
| 六、基本医疗保险参保人员医疗费用(零星)报销 | 21203600600Y | 16   | 门诊费用报销    | 212036006001 | 1.有效身份证件<br>2.医药机构收费票据<br>3.门诊费用清单<br>4.诊断证明<br>5.门诊病历资料 | 不超过30个工作日 | 申请—受理—审核—拨付—办结 | 1.急诊可要求提供急诊诊断证明;<br>2.意外伤害就医的应提供交警部门或法院判决书或调解协议书等公检法部门出具的相关证明材料复印件一份,无法提供的应填写个人承诺书;                             | 1.《中华人民共和国社会保险法》第二十八条、第三十条;<br>2.《社会保险经办条例》(国务院令第七65号)第二十条。  |
|                        |              | 17   | 住院费用报销    | 212036006002 | 1.有效身份证件<br>2.医院收费票据<br>3.住院费用清单<br>4.诊断证明<br>5.病历资料     | 不超过30个工作日 | 申请—受理—审核—拨付—办结 | 1.急诊可要求提供急诊诊断证明;<br>2.意外伤害就医的应提供交警部门或法院判决书或调解协议书等公检法部门出具的相关证明材料复印件一份,无法提供的应填写个人承诺书;                             |  |
| 七、生育保险待遇核准支付           | 21203600700Y | 18   | 产前检查费支付   | 212036007001 | 1.有效身份证件<br>2.医院收费票据<br>3.费用清单<br>4.诊断证明                 | 不超过20个工作日 | 申请—受理—审核—拨付—办结 | 1.与生育医疗费、生育津贴等合并支付的一次性提供材料;<br>2.职工按规定缴费并在待遇享受期内可享受待遇;<br>3.纳入门诊统筹费用结算的地区,按本地门诊统筹政策执行;                          |  |
|                        |              | 19   | 生育医疗费支付   | 212036007002 | 1.有效身份证件<br>2.医院收费票据<br>3.费用清单<br>4.病历资料                 | 不超过20个工作日 | 申请—受理—审核—拨付—办结 | 1.与产前检查、生育津贴等合并支付的一次性提供材料;<br>2.职工按规定缴费并在待遇享受期内可享受待遇;   |  |
|                        |              | 20   | 计划生育医疗费支付 | 212036007003 | 1.有效身份证件<br>2.医院收费票据<br>3.费用清单<br>4.诊断证明(门诊)/出院记录(住院)    | 不超过20个工作日 | 申请—受理—审核—拨付—办结 | 1.与产前检查、生育津贴等合并支付的一次性提供材料;<br>2.职工按规定缴费并在待遇享受期内可享受待遇;<br>3.纳入门诊统筹费用结算的地区,按本地门诊统筹政策执行;                           | 1.《中华人民共和国社会保险法》第五十四条、第五十五条;<br>2.《社会保险经办条例》(国务院令第七65号)第二十条。 |
|                        |              | 21   | 生育津贴支付    | 212036007004 | 1.有效身份证件<br>2.病历资料                                       | 不超过10个工作日 | 申请—受理—审核—拨付—办结 | 1.与产前检查、生育医疗费、计划生育医疗费等合并支付的一次性提供材料;<br>2.包含女职工分娩生育津贴支付;女职工流产、引产生育津贴支付;男职工护理假生育津贴支付;<br>3.职工按规定缴费并符合待遇领取标准可领取津贴; |  |

| 主项             | 主项编码         | 子项序号 | 子项                            | 子项编码         | 办理材料  | 办理时限      | 办理环节           | 备注   | 设定依据   |
|----------------|--------------|------|-------------------------------|--------------|---|-----------|----------------|--|--|
| 八、医疗救助对象待遇核准支付 | 21203600800Y | 22   | 符合资助条件的救助对象参加城乡居民基本医疗保险个人缴费补贴 | 212036008001 | 1. 救助对象身份证明<br>2. 个人缴纳基本医疗保险费用有效凭证  | 不超过15个工作日 | 申请—受理—审核—拨付—办结 | 1. 本事项适用于符合医疗救助资助参保条件，在集中参保缴费期已先行全额缴纳城乡居民医保个人应缴部分的救助对象；<br>2. 有条件的地区可与相关部门联网实时推送救助对象身份信息。          | 1. 《社会救助暂行办法》（国务院令第六49号）第二十九条；<br>2. 《财政部民政部关于印发〈城乡医疗救助基金管理暂行办法〉的通知》（财社〔2013〕217号）第八条；<br>3. 《国务院办公厅关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的意见》（国办发〔2021〕42号）；<br>4. 《辽宁省人民政府办公厅关于印发辽宁省健全重特大疾病医疗保险和救助制度实施意见》（辽政办发〔2022〕36号） |
|                |              | 23   | 医疗救助对象手工（零星）报销                | 212036008002 | 1. 有效身份证件<br>2. 基本医保、大病保险报销后的结算单、定点医疗机构处方或定点药店购药发票<br>3. 《医疗救助申请表》  | 不超过30个工作日 | 申请—受理—审核—拨付—办结 | 仅适用于符合救助条件追加认定的医疗救助对象；<br>1. 与其他费用合并支付的一次性提供材料；<br>2. 符合救助条件但未经认定的应提供《个人家庭经济状况核查委托授权书》，由相关部门认定后报销。 |  |
| 九、医疗机构申请定点协议管理 | 21203600900Y | 24   | 医疗机构申请定点协议管理                  | 212036009001 | 1. 《定点医疗机构申请表》<br>2. 医疗机构执业许可证或中医诊所备案证或诊所备案凭证或军队医疗机构为民服务许可证复印件<br>3. 与医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度文本<br>4. 与医保有关的医疗机构信息系统相关材料<br>5. 纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告<br>(以上办理资料均需加盖单位公章)   | 不超过90个自然日 | 申请—受理—审核—办结    | 1. 审核环节包括评估、公示、协商谈判、协议签订等。<br>2. 符合《诊所备案管理暂行办法》要求的单位或者个人设置诊所，取得诊所备案凭证后即可按规定开展执业活动。                 | 1. 《中华人民共和国社会保险法》第三十一条；<br>2. 《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第2号）第七条、第八条、第九条、第十条。<br>3. 《关于明确医疗机构和零售药店医疗保障定点管理部分问题的指导意见》（辽医保发〔2021〕5号）<br>4. 《国家卫生健康委 国家中医药管理局关于印发诊所备案管理暂行办法的通知》（国卫医发〔2022〕33号）            |
|                |              | 25   | 零售药店申请定点协议管理                  | 212036009002 | 1. 《定点零售药店申请表》<br>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<br>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<br>4. 医保专（兼）职管理人员的劳动合同复印件<br>5. 与医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度文本<br>6. 与医保有关的信息系统相关材料<br>7. 纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告<br>(以上办理资料均需加盖单位公章) | 不超过90个自然日 | 申请—受理—审核—办结    | 审核环节包括评估、公示、协商谈判、协议签订等。  | 1. 《中华人民共和国社会保险法》第三十一条；<br>2. 《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第3号）第六条、第七条、第八条、第九条。<br>3. 《关于明确医疗机构和零售药店医疗保障定点管理部分问题的指导意见》（辽医保发〔2021〕5号）   |

|              |    |                          |                  |             |                |                        |   |
|--------------|----|--------------------------|------------------|-------------|----------------|------------------------|---|
| 十、定点医药机构费用结算 | 26 | 基本医疗保险<br>定点医疗机构<br>费用结算 | 21203601<br>0001 | 定点医疗机构费用结算表 | 不超过 30<br>个工作日 | 申请—受理—<br>审核—拨付—<br>办结 | 1.《中华人民共和国社会保险法》第二十九条<br>条;<br>2.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》(国家医疗保障局令第2号)第三十条。     |
|              | 27 | 基本医疗保险<br>定点零售药店<br>费用结算 | 21203601<br>0002 | 定点医药结构费用结算表 | 不超过 30<br>个工作日 | 申请—受理—<br>审核—拨付—<br>办结 | 1.《中华人民共和国社会保险法》第二十九<br>条;<br>2.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》<br>(国家医疗保障局令第3号)第二十九条。 |

说明:

1. 有效身份证件包括身份证、户口簿、护照、港澳居民来往内地通行证、港澳台居民居住证、外国人永久居留证等;
2. 委托办理业务的, 应提供委托人及代理人身份证件原件及委托人授权委托书;
3. 初次办理手工(零星)报销等涉及费用支付业务或收款账户信息有变化的, 应提供参保人银行账户信息;
4. 事项编码按照 GB/T39554.1-2020 《全国一体化政务服务平台政务服务事项基本目录及实施清单 第1部分: 编码要求》进行编

附件 2

**辽宁省医疗保障经办政务服务事项清单  
(2024 年版)参考样表**

# 表 1：基本医疗保险单位参保信息登记表 (参考样表)

|                                |  |  |  |                               |  |
|--------------------------------|--|--|--|-------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 新参保登记 |  | <input type="checkbox"/> 暂停登记  |  | <input type="checkbox"/> 注销登记 |  |
| 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   |  |                               |  |
| 账号                             |  |  |  |                               |  |
| 经办人员                           |  | 姓名   |  | 所在部门                          |  |
|                                |  | 手机号码   |  | 联系电话                          |  |
| 参保险种                           |  | <input type="checkbox"/> 职工基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 生育保险<br><input type="checkbox"/> 职工大额医疗费用补助 <input type="checkbox"/> 其他( )  |  |                               |  |
| <b>机关事业单位及社会团体填报以下信息</b>       |  |  |  |                               |  |
| 经费来源                           |  | 主管部门   |  |                               |  |
| 最新核编人数<br>(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。<br><br><div style="text-align: right;">单位(盖章)<br/>年 月 日</div>   |  |                               |  |
| 经办机构意见                         |  | <input type="checkbox"/> 经审核，申报单位不符合参保登记办理条件。<br>经审核，同意申报单位办理以下社会保险登记：<br><input type="checkbox"/> 职工基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 生育保险<br><input type="checkbox"/> 职工大额医疗费用补助 <input type="checkbox"/> 其他( )<br><br><div style="text-align: right;">           经办人签字：                      经办机构(盖章)                      年 月 日         </div> |  |                               |  |

## 表 2：职工基本医疗保险参保登记表(参考样表)

| 序号 | 姓名 | 身份证件类型 | 身份证号码 | 申报工资<br>(元/月) | 业务类型 |    |    |    |           | 变更时间 | 手机号码 | 备注 |
|----|----|--------|-------|---------------|------|----|----|----|-----------|------|------|----|
|    |    |        |       |               | 增加   | 暂停 | 终止 | 恢复 | 在职转<br>退休 |      |      |    |
| 1  |    |        |       |               |      |    |    |    |           |      |      |    |
| 2  |    |        |       |               |      |    |    |    |           |      |      |    |
| 3  |    |        |       |               |      |    |    |    |           |      |      |    |
| 4  |    |        |       |               |      |    |    |    |           |      |      |    |
| 5  |    |        |       |               |      |    |    |    |           |      |      |    |
| 6  |    |        |       |               |      |    |    |    |           |      |      |    |
| 7  |    |        |       |               |      |    |    |    |           |      |      |    |
| 8  |    |        |       |               |      |    |    |    |           |      |      |    |

注：1.灵活就业人员无需单位盖章和填写单位编码。2.变更时间根据业务类型填写（参保时间、暂停时间、死亡时间、退休时间）

填报人：

联系电话：

经办机构经办人：

年 月 日

单位名称(盖章)：

单位编码：

险种：

灵活就业人员

### 表 3：城乡居民基本医疗保险参保登记表 (参考样表)

|                   |   |                 |       |
|-------------------|---|-----------------|-------|
| 姓名                |   | 身份证件类型          |       |
| 身份证件号码            |   |                 |       |
| 性别                | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女   | 出生日期            | 年 月   |
| 联系电话              |   |                 |       |
| 户籍所在地<br>(居住证登记地) | 省 市   | 区县(市)<br>乡镇(街道) | 村(社区) |
| 通讯地址              |   |                 |       |
| 申请人身份             | (建议列选择项打勾, 如 <input type="checkbox"/> 中小儿童 <input type="checkbox"/> 大学生 <input type="checkbox"/> 无业成年人等)                          |                 |       |
| 财政补助对象            | (建议列选择项打勾, 如 <input type="checkbox"/> 低保 <input type="checkbox"/> 特困等)  |                 |       |
| 业务类型              | <input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 暂停 <input type="checkbox"/> 终止 <input type="checkbox"/> 恢复                   |                 |       |
| 申请人<br>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。<br>(签字) _____ 年 月 日   |                 |       |
| 收件审核              | <input type="checkbox"/> 经审核, 符合城乡居民医保参保规定。<br><input type="checkbox"/> 经审核, 不符合城乡居民医保参保规定。<br>经办人: _____ (受理单位盖章)<br>_____ 年 月 日 |                 |       |

## 表 4：基本医疗保险参保单位信息变更登记表 (参考样表)

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<br>代表人<br>(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   |
| 单位<br>经办人          | 姓名                           |        | 姓名     |
|                    | 联系电话                         |        | 联系电话   |
| 开户银行<br>及账号        | 开户银行                         |        | 开户银行   |
|                    | 账号                           |        | 账号     |
| 其他                 |                              |        |        |
| 备注                 |                              |        |        |
| 经办机构<br>审核意见       | 经办人： _____ (受理单位盖章)<br>年 月 日 |        |        |

## 表 5：基本医疗保险职工参保信息变更登记表(参考样表)

| 序号                | 姓名 | 单位编码：        | 联系电话： | <input type="checkbox"/> 关键信息 | <input type="checkbox"/> 非关键信息 | 年     | 月  | 日 |
|-------------------|----|--------------|-------|-------------------------------|--------------------------------|-------|----|---|
| 序号                | 姓名 | 身份证件号码       | 变更项目  | 变更前                           | 变更后                            | 参保人签字 | 备注 |   |
| 1                 |    |              |       |                               |                                |       |    |   |
| 2                 |    |              |       |                               |                                |       |    |   |
| 3                 |    |              |       |                               |                                |       |    |   |
| 4                 |    |              |       |                               |                                |       |    |   |
| 5                 |    |              |       |                               |                                |       |    |   |
| 6                 |    |              |       |                               |                                |       |    |   |
| 单位<br>经办人<br>(签章) |    | 单位意见<br>(盖章) |       |                               | 经办机构<br>意见                     |       |    |   |

备注：灵活就业人员无需单位盖章和填写单位信息

## 表 6：基本医疗保险城乡居民参保信息变更登记表(参考样表)

| 填报人：   |    | 联系电话：                 |      | <input type="checkbox"/> 关键信息 |     | <input type="checkbox"/> 非关键信息 |    | 年 | 月 | 日 |
|--------|----|-----------------------|------|-------------------------------|-----|--------------------------------|----|---|---|---|
| 序号     | 姓名 | 身份证件号码                | 变更项目 | 变更前                           | 变更后 | 参保人签字                          | 备注 |   |   |   |
| 1      |    |                       |      |                               |     |                                |    |   |   |   |
| 2      |    |                       |      |                               |     |                                |    |   |   |   |
| 3      |    |                       |      |                               |     |                                |    |   |   |   |
| 4      |    |                       |      |                               |     |                                |    |   |   |   |
| 5      |    |                       |      |                               |     |                                |    |   |   |   |
| 6      |    |                       |      |                               |     |                                |    |   |   |   |
| 经办机构意见 |    | 经办人：_____<br>(受理单位盖章) |      |                               |     |                                |    |   |   |   |

备注：个人办理无需单位盖章

# 表 7: 职工基本医疗保险个人账户一次性支取申 请表(参考样表)

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   | <input type="checkbox"/> 出国(境)定居 | <input type="checkbox"/> 主动放弃 | <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 其他 |
| 工作单位   |                                  |                               |   |
| 开户银行   |                                  |                               |   |
| 账号   |                                  |                               |   |
| 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                          |   |
| 开户银行   |                                  |                               |   |
| 账号   |                                  |                               |   |
| <p>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账户,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。</p> <p style="text-align: right;">签字: 年 月 日</p> |                                  |                               |   |
| 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   |                                  |                               |   |

## 表 8：参保人员基本医疗保险信息表(参考样表)

(此表由转出地医疗保障经办机构提供给转入地医疗保障经办机构)

| 参保人员姓名： |                  | 身份证件号码：          |              |                |                    | 性别： |
|---------|------------------|------------------|--------------|----------------|--------------------|-----|
| 序号      | 时间<br>自 年 月至 年 月 | 基本医疗保险<br>保险类型   | 参保缴费<br>月数小计 | 统筹地区<br>经办机构名称 | 统筹地区经办机构<br>行政区划代码 | 备注  |
|         | 1                | 2                | 3            | 4              | 5                  | 6   |
| 1       |                  |                  |              |                |                    |     |
| 2       |                  |                  |              |                |                    |     |
| 3       |                  |                  |              |                |                    |     |
| 4       |                  |                  |              |                |                    |     |
| ...     |                  |                  |              |                |                    |     |
|         |                  | 基本医疗保险个人账户实际转出资金 |              | 大写             |                    | ¥   |

经办人(签章)： \_\_\_\_\_ 联系电话： \_\_\_\_\_ 医疗保障经办机构(章)： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

备案编号：

**表 9：辽宁省异地就医登记备案表(参考样表)**

|   |  |      |                 |    |                         |
|---|--|------|-----------------|----|-------------------------|
| 姓 名   |  | 性 别  |                 | 险种 | 1. 职工医保<br>2. 居民医保      |
| 人员类别  | <input type="checkbox"/> 1. 异地安置退休人员<br><input type="checkbox"/> 2. 异地长期居住人员<br><input type="checkbox"/> 3. 常驻异地工作人员<br><input type="checkbox"/> 4. 自主择业军转参保人员<br><input type="checkbox"/> 5. 异地转诊就医人员<br><input type="checkbox"/> 6. 其他符合参保地规定的人员 |      | 登记类别            |    | 1. 新增<br>2. 变更<br>3. 取消 |
| 社会保障<br>号码  |  |      | 社会保障卡卡<br>号(可选) |    |                         |
| 参保地<br>家庭住址   |  |      | 异地联系地址          |    |                         |
| 联系电话 1  |  |      | 联系电话 2          |    |                         |
| 转往省<br>(市、区)  |  |      | 地区(市、州)         |    |                         |
| <p><b>温馨提示</b></p> <p>1. 异地就医执行就医地目录，参保地起付线、封顶线、支付比例、门诊慢特病病种范围等有关政策。</p> <p>2. 办理备案时直接备案到就医地市或直辖市。参保人员根据病情、居住地、交通等情况，自主选择就医地开通的定点医疗机构住院就医。门诊就医时按照参保地异地就医管理要求选择联网定点医药机构就诊。</p> <p>3. 到海南、西藏等省级统筹的省份和新疆兵团就医，备案到就医省份和新疆兵团即可。</p> <p>4. 未按规定办理登记备案手续，或在就医地非定点医疗机构发生的医疗费用，按参保地现有规定办理。</p> <p>5. 异地急诊抢救人员视同已备案。</p> |  |      |                 |    |                         |
| 本人<br>(被委托<br>人)<br>签名  |  |      | 填表日期            |    |                         |
| 经办机构：   | 联系电话：  | 经办人： | 经办日期：           |    |                         |





表 12

## 个人承诺书(参考样式)

本人\_\_\_\_\_ (身份证件号码: \_\_\_\_\_),  
办理\_\_\_\_\_ 业务。因个人原因无法提  
供\_\_\_\_\_ (填写办理材料名称), 本  
人保证符合此业务办理条件, 所述信息真实、准确、完整、有  
效, 由此产生的一切法律责任均由本人承担。

联系电话:

通讯地址:

承诺人(签名、指印):  
年 月 日

表 13

## 定点医疗机构申请表 (参考样表)

申请单位：\_\_\_\_\_

申请时间： 年 月 日

## 填写说明

- 一、本表采用打印版，要求内容真实。
- 二、“申请业务内容”一栏是指开展“门诊”“住院”。
- 三、“医保职能部门”一栏是指医疗机构内部设立或指定的负责医疗保障业务管理的部门。

## 定点医疗机构申请表

|                                |   |                   |  |                                |      |    |
|--------------------------------|---|-------------------|--|--------------------------------|------|----|
| 医疗机构名称                         |   | 医疗机构地址            |  |                                |      |    |
| 统一社会信用代码                       |   | 所有制形式             |  |                                |      |    |
| 执业许可证号                         |   | 主管部门              |  |                                |      |    |
| 经营性质                           |   | 正式运营时间            |  |                                |      |    |
| 批准床位数                          |   | 经营面积              |  |                                |      |    |
| 基本账户开户<br>银行及账号                |   | 医疗机构等级            |  |                                |      |    |
| 法定代表人                          | 姓名:   | 联系电话:             |  |                                |      |    |
|                                | 身份证号码:  |                   |  |                                |      |    |
| 实际控制人<br>(主要负责人)               | 姓名:   | 联系电话:             |  |                                |      |    |
|                                | 身份证号码:  |                   |  |                                |      |    |
| 主管医保工作<br>负责人                  |   | 联系电话              |  |                                |      |    |
| 医保职能部门<br>联系人                  |   | 联系电话              |  |                                |      |    |
| 在职职工人数                         |   | 在本单位缴纳社保、<br>医保人数 |  |                                |      |    |
| 申请业务内容                         | 住院 <input type="checkbox"/> 门诊 <input type="checkbox"/> |                   |  |                                |      |    |
| 卫技人员汇总<br>情况(以注册<br>人员为准)      |   | 人数                | 第一注册地在本机构的人数   |                                |      |    |
|                                | 医生  |                   |  |                                |      |    |
|                                | 护士  |                   |  |                                |      |    |
|                                | 医技  |                   |  |                                |      |    |
|                                | 药师  |                   |  |                                |      |    |
|                                | 合计  |                   |  |                                |      |    |
| 科室设置、医护人<br>员(以注册人员为           | 科室  | 住院开放<br>床位数       | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; border: none;">医生人数<br/>(其中第一注册地在<br/>本医疗机构的人数)</td> <td style="width: 33%; border: none;">护士人数</td> <td style="width: 33%; border: none;">其他</td> </tr> </table> | 医生人数<br>(其中第一注册地在<br>本医疗机构的人数) | 护士人数 | 其他 |
| 医生人数<br>(其中第一注册地在<br>本医疗机构的人数) | 护士人数  | 其他                |  |                                |      |    |



表 14

**定点零售药店申请表**  
**(参考样表)**

申请单位： \_\_\_\_\_

申请时间：      年      月      日

## 填写说明

- 一、本表采用打印版，要求内容真实。
- 二、劳动合同有效时限填写劳动合同签订日期及合同期限。

## 定点零售药店申请表

|               |   |                 |  |          |      |      |     |          |
|---------------|---|-----------------|--|----------|------|------|-----|----------|
| 药店名称          |   | 药店地址            |  |          |      |      |     |          |
| 统一社会信用代码      |   | 药品经营许可证号        |  |          |      |      |     |          |
| 所有制形式         |   | 药店性质            | 直营 <input type="checkbox"/> 加盟 <input type="checkbox"/><br>单体 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> |          |      |      |     |          |
| 药店许可经营范围      |   |                 |  |          |      |      |     |          |
| 营业面积<br>(平方米) |   | 基本账户<br>开户银行及账号 |  |          |      |      |     |          |
| 上级公司名称        |   | 上级公司地址          |  |          |      |      |     |          |
| 法定代表人         | 姓名:   | 联系电话:           |  |          |      |      |     |          |
|               | 身份证号码:  |                 |  |          |      |      |     |          |
| 是否独立法人        | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> |                 |  |          |      |      |     |          |
| 企业负责人         | 姓名:   | 联系电话:           |  |          |      |      |     |          |
|               | 身份证号码:  |                 |  |          |      |      |     |          |
| 实际控制人         | 姓名:   | 联系电话:           |  |          |      |      |     |          |
|               | 身份证号码:  |                 |  |          |      |      |     |          |
| 药师配置情况        | 姓名  | 性别              | 年龄   | 技术资格     | 发证日期 | 证书编号 | 注册地 | 劳动合同有效时限 |
|               |   |                 |  |          |      |      |     |          |
|               |   |                 |  |          |      |      |     |          |
| 医保管理工作负责人     |   |                 | 联系电话   |          |      |      |     |          |
| 医保管理工作专职人数    |   |                 | 医保管理工作兼职人数   |          |      |      |     |          |
| 医保管理人员        | 姓名  | 身份证号码           | 专(兼)职  | 劳动合同有效时限 |      |      |     |          |
|               |   |                 |  |          |      |      |     |          |
|               |   |                 |  |          |      |      |     |          |

|                  |   |      |  |
|------------------|---|------|--|
| 申<br>请<br>承<br>诺 | <p>本单位自愿申请承担医疗保障服务，并严格遵守医疗保障有关管理规定，对所提交资料的真实性负责，如有虚假不实，本机构将承担由此带来的一切法律、经济等方面的后果及责任。</p> <p>本机构已认真阅读《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第3号）申请定点相关要求，无第十一条不予受理情形；已认真阅读 xxx 医疗保障定点零售药店协议管理要求，承诺在申请纳入协议管理后严格遵守协议管理的各项要求。</p> <p style="text-align: center;">           法定代表人签字： _____ (单位公章)         </p> <p style="text-align: right;">_____ 年 月 日</p> |      |  |
| 联系人              |   | 联系电话 |  |

风险提示：申请定点的零售药店有可能存在前期经费投入，当评估不合格时可能会产生经济损失

---

抄送：各市医疗保障事务服务中心。

---

辽宁省医疗保障局办公室

2024年2月22日印发

---