

南阳市医疗保险中心

政务服务事项一次性告知材料目录

一、单位参保登记	2
二、参保单位人员变更	5
三、参保人员个人账户一次性支取	8
四、职工医保定点医疗机构费用审核结算	13
五、职工医保门诊规定病种申办	14
六、职工医保门诊重特大疾病申办	18
七、职工医保门诊规定病种、门诊重特大疾病医疗费用手工报销	21
八、职工医保异地住院医疗费用手工（零星）报销	22
九、职工医保异地就医备案	23
十、产前检查费支付	26
十一、生育医疗费支付	27
十二、计划生育医疗费支付	28
十三、生育津贴支付	29
十四、一次性生育补助金支付	30
十五、居民医保急诊、异地长期居住备案	35
十六、居民医保门诊、住院重特大疾病	38
十七、市直居民医保门诊慢性病申办	41
十八、市直居民医疗保险手工报销	44
十九、市直居民个人基本信息修改	45
二十、新生儿参保登记	48
二十一、居民医保新参保登记	51
二十二、市直居民个人退保	54

南阳市医疗保险中心 政务服务事项一次性告知材料

一、单位参保登记

办理科室：基础管理科

报送材料：

1. 营业执照或统一社会信用代码证书或单位批准成立的文件（复印件1份）；
2. 《表1-基本医疗保险单位参保信息登记表》（加盖公章1份）。

办理流程：

用人单位应当自成立之日起三十日内凭营业执照、登记证书或者单位印章，向当地社会保险经办机构申请办理社会保险登记（社会保险法第五十七条规定）。基础科收到用人单位申请材料完善的，及时办理参保录入；对材料不齐全和不属于经办范围的参保单位，经办机构一次性告知不予受理的原因，退回相关手续并告知其应补办的相关资料或正确的参保途径。

办理时限：即时办结

联系电话：61387811

表 1—基本医疗保险单位参保信息登记表

<input type="checkbox"/> 新参保登记 <input type="checkbox"/> 暂停登记 <input type="checkbox"/> 注销登记 <input type="checkbox"/> 拆分合并分立				
单位名称				
统一社会信用代码				
通讯地址				
单位性质				
法定 代表人	姓名		联系电话	
	身份证件号码			
开户银行全称				
开户银行银行账号			户名	
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 <input type="checkbox"/> 补充医疗保险 <input type="checkbox"/> 其他（_____）			
机关事业单位及社会团体填报以下信息				
经费来源		主管部门		
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。			
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。 经审核，同意申报单位办理以下社会保险登记： <input type="checkbox"/> 职工基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 生育保险 <input type="checkbox"/> 补充医疗保险 <input type="checkbox"/> 其他（_____） 经办人签字：_____ 经办机构（盖章）_____ 年 月 日			

样表

基本医疗保险单位参保信息登记表

<input type="checkbox"/> 新参保登记 <input type="checkbox"/> 暂停登记 <input type="checkbox"/> 注销登记 <input type="checkbox"/> 拆分合并分立				
单位名称		XXXX公司/XXXXX局委		
统一社会信用代码		123456789aaaaaa		
通讯地址		XX区XX路XX号		
单位性质		企业/机关/社团		
法定 代表人	姓名	张三	联系电话	123456789
	身份证件号码	987654321		
开户银行全称		XX银行XX支行		
开户银行银行账号		456789123	户名	企业/机关/社团
经办 人员	姓名	李四	所在部门	办公室
	手机号码	789123456	联系电话	0377-456123
参保 险种	<input type="checkbox"/> 职工基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 生育保险 <input type="checkbox"/> 补充医疗保险 <input type="checkbox"/> 其他 (_____)			
机关事业单位及社会团体填报以下信息				
经费来源		主管部门		
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。			
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。 经审核, 同意申报单位办理以下社会保险登记: <input type="checkbox"/> 职工基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 生育保险 <input type="checkbox"/> 补充医疗保险 <input type="checkbox"/> 其他 (_____)			
经办人签字:		经办机构 (盖章)		年 月 日

二、参保单位人员变更

(含增加、中断、终止、恢复、在职转退休)

办理科室：基础管理科

报送材料：

1. 《表 2-职工基本医疗保险参保登记表》(含增加、中断、终止、恢复、在职转退休)(加盖公章 2 份);
2. 参保人员有效身份证件(复印件 1 份)。

办理流程：

1. 有效身份证件包括身份证、居住证、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. 特殊人群还需提供:①港澳台人员参加职工医保的,需提供港澳居民来往内地通行证或港澳台居民居住证、建立劳动关系的证明;②外国人参加职工医保的,需提供外国人就业证件及居留证件,或外国人永久居留证;③出国定居的,需提供护照或永久居留证;④在职转退休的,需提供退休审批材料。

基础管理科在收到申请后予以初审,经初审符合条件的,予以及时办理参保录入;对不符合条件的,一次性告知不予受理的原因,退回手续并告知其应补办的相关资料。

办理时限：即时办结

联系电话：61387811

表 2—职工基本医疗保险参保登记表

单位名称（公章）

单位编码：

险种：

灵活就业人员

序号	姓名	性别	民族	身份证件号码	参加工作时间	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														

注：灵活就业人员无需单位盖章和填写单位编码。

填报人：

联系电话：

年 月 日

职工基本医疗保险参保登记表

单位名称 (公章) XX公司/XX局委

单位编码:

险种:

灵活就业人员

序号	姓名	性别	民族	身份证件号码	参加工作时间	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	张三	男	汉	456789123	2020.12	5000							123456789	
2														
3							(根据业务需求选择)							
4														
5														
6														
7														
8														

样表

注: 灵活就业人员无需单位盖章和填写单位编码。

填报人: 李四

联系电话: 987654321

2021年4月13日

三、参保人员个人账户一次性支取

办理科室：基础管理科

报送材料：

1. 医保电子凭证或有效身份证件或社保卡（原件）；
2. 《表 3-职工基本医疗保险个人账户一次性支取申请表》（1 份）。

办理流程：

1. 因死亡支取的提供继承人身份证、银行卡账户信息，火化证、无法提供死亡信息的，继承人应提供《表 4-个人承诺书》（1 份）；
2. 主动放弃参加职工基本医疗保险的，需提供主动放弃基本医疗保险的情况说明。

联系电话：61387811

表 3—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	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 出国定居 <input type="checkbox"/> 主动放弃 <input type="checkbox"/> 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。			
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			

职工基本医疗保险个人账户一次性支取申请表

样表

支取人签字: 张三 月 日

参保人基本情况			
姓名	<u>李四</u>	身份证件号码	<u>123456789</u>
支取原因	<input checked="" type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 出国定居 <input type="checkbox"/> 主动放弃 <input type="checkbox"/> 其他		
工作单位	<u>XX公司</u>		
账户号码	<u>社保卡面信息</u>		
开户行			
继承人(代表人)基本情况			
姓名	<u>张三</u>	与参保人关系	<u>夫妻</u>
身份证件号码	<u>987654321</u>	联系电话	<u>13612345</u>
常住地址	<u>XX区XX路XX号</u>	工作单位	<u>无</u>
账户号码	<u>147258369</u>		
开户行	<u>XX银行XX信息</u>		
经协商,由 <u>张三</u> 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。 签字: <u>张三</u> XX年XX月XX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			

表 4—一个人承诺书（样式）

本人_____（身份证件号码：_____），
办理_____业务。因个人原因
无法提供_____证明，本人
保证符合此业务办理条件，所述信息真实、准确、完整、有效，
由此产生的一切法律责任均由本人承担。

联系电话：

通讯地址：

承诺人（签名、指印）：

年 月 日

样表

表 15: 个人承诺书 (样式)

本人 (身份证件号码:) , 41130312345678

办理业务。因个人原因无法提供证明, 本人保证符合此业务办理条件, 所述信息真实、准确、完整、有效, 由此产生的一切法律责任均由本人承担。

联系电话: 139456789

通讯地址: XX市XX区XX路XX号

承诺人 (签名、指印): 张三

年月日

2021.4.13

四、职工医保定点医疗机构费用审核结算

办理科室：职工医疗保险管理科

报送材料：

每月 1-10 号受理上月医疗费用月报表(his 系统导出，加盖医疗机构公章 1 份)。

办理流程：

受理材料 → 审核 → 结算后出科

办理时限：

1. 定点门诊：每月 16-20 号结算上月费用后传递至基金管理科；

2. 定点医院：每月 20-25 号结算上月费用后传递至基金管理科。

联系电话：61387759

五、职工医保门诊规定病种申办

办理科室：职工医疗保险管理科

报送材料：

1. 《表 5-南阳市直城镇职工基本医疗保险门诊规定病种申请表》（申请表上需要专家意见签字，并加盖医院慢性病专用章 1 份）。

2. 相关病历资料及检查报告（其中必须提供诊断证明、病案首页、入出院记录以及手术记录），申报材料都需要复印件并且加盖医院公章。

办理流程：

为进一步简化办事流程，方便群众办理，南阳市市直职工门诊规定病种申请鉴定在具有鉴定资格的医院进行，医院鉴定通过后，可由本人或医院持申报材料报送至医保中心职工科进行审批录机。

办理时限：

1. 慢性肾功能不全（失代偿期）非透析、急性脑血管病后遗症、伴严重并发症的糖尿病、肝硬化（肝硬化失代偿期）、心肌梗塞型冠心病、慢性支气管炎肺气肿、类风湿性关节炎、慢性心功能不全（心功能Ⅲ级）、系统性红斑狼疮等 9 种门诊规定病种，每年 2 月下旬、8 月下旬在门诊规定病种定点医院受理申请；3 月、9 月由定点医院组织体检鉴定；4 月 10 号以后、10 月 10 号以后在定点医院公布通过人员名单。

2. 恶性肿瘤、异体器官移植、严重精神障碍、肺结核、丙肝等 5 种门诊规定病种每月下旬可到门诊规定病种定点医院申请受理、体检鉴定，次月 10 号以后在定点医院公布通过人员名单。

联系电话：61387759

表 5—南阳市直城镇职工基本医疗保险门诊规定病种申请表

姓 名	性 别	年 龄	类 别		一寸彩照
			在职 ()	退休 ()	
社会保障号 (身份证号)	联系电话				
参保单位	选择定点医院				
申请鉴定病种	<input type="checkbox"/> 恶性肿瘤 <input type="checkbox"/> 慢性肾功能不全失代偿期 <input type="checkbox"/> 异体器官移植 <input type="checkbox"/> 急性脑血管病后遗症 <input type="checkbox"/> 伴严重并发症的糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝硬化失代偿期 <input type="checkbox"/> 心肌梗塞型冠心病		<input type="checkbox"/> 慢性支气管炎肺气肿 <input type="checkbox"/> 类风湿性关节炎 <input type="checkbox"/> 慢性心功能不全 (心功能III级) <input type="checkbox"/> 精神分裂症 <input type="checkbox"/> 系统性红斑狼疮 <input type="checkbox"/> 肺结核 <input type="checkbox"/> 丙型肝炎		
体检情况	签字: _____ 年 月 日				
专家意见	签字: _____ 年 月 日				
体检医院意见	(盖 章) _____ 年 月 日				

- 说明: 1、门诊规定病种申请时间分别为每年的 2 月下旬和 8 月下旬, 逾期不再受理。体检在 3 月份和 9 月份进行, 公布鉴定结果时间分别为 4 月 10 日以后和 10 月 10 日以后。
- 2、其中恶性肿瘤、异体器官移植、精神分裂症、肺结核、丙型肝炎患者每月下旬均可申请, 月底相对集中体检、鉴定, 次月 10 日以后公布鉴定结果。
- 3、本表一式一份, 可在规定时间至规定医院填写申报。

样表

表1:南阳市直城镇职工基本医疗保险门诊规定病种申请表

姓名	张三	性别	男	年龄	50	类别		一寸彩照
						在职 (✓)	退休 ()	
社会保障号 (身份证号)	4113291990XXXXXX			联系电话	156XXXX XXXX			
参保单位	南阳市XXXX			选择定点医院	南阳市中心医院			
申请 鉴定 病种	<input checked="" type="checkbox"/> 恶性肿瘤 <input type="checkbox"/> 慢性肾功能不全失代偿期 <input type="checkbox"/> 异体器官移植 <input type="checkbox"/> 急性脑血管病后遗症 <input type="checkbox"/> 伴严重并发症的糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝硬化失代偿期 <input type="checkbox"/> 心肌梗塞型冠心病			<input type="checkbox"/> 慢性支气管炎肺气肿 <input type="checkbox"/> 类风湿性关节炎 <input type="checkbox"/> 慢性心功能不全(心功能III级) <input type="checkbox"/> 精神分裂症 <input type="checkbox"/> 系统性红斑狼疮 <input type="checkbox"/> 肺结核 <input type="checkbox"/> 丙型肝炎				
体检 情况								→ 医院填写
	签字: _____ 年 月 日							
专家 意见								→ 医院填写
	签字: _____ 年 月 日							
体检医院 意见								→ 医院填写
	(盖章) _____ 年 月 日							

说明: 1、门诊规定病种申请时间分别为每年的2月下旬和8月下旬,逾期不再受理。体检在3月份和9月份进行,公布鉴定结果时间分别为4月10日以后和10月10日以后。
 2、其中恶性肿瘤、慢性肾功能不全透析、异体器官移植、精神分裂症、肺结核、丙型肝炎患者每月下旬均可申请,月底相对集中体检、鉴定,次月10日以后公布鉴定结果。
 3、本表一式一份,可在规定时间至规定医院填写申报。

六、职工医保门诊重特大疾病申办

办理科室：职工医疗保险管理科

报送材料：

1. 《表 6-南阳市门诊特定药品、重特大疾病相关药品使用申请表》（申请表上需要专家意见签字，并加盖医院慢性病专用章 3 份），分别由医保经办机构、定点医疗机构和参保人员留存。

2. 相关病历资料及检查报告（其中必须提供诊断证明、病案首页、入出院记录以及手术记录），申报材料都需要复印件并且加盖医院公章。

办理流程：

为进一步简化办事流程，方便群众办理，南阳市市直职工门诊重特大疾病申请鉴定在具有鉴定资格的医院进行，医院鉴定通过后，由本人持申报材料报送至医保中心职工科进行审批录机。

办理时限：

可随时到重特大疾病定点鉴定医院申请，通过鉴定的，携带相关表格和材料到医保中心即时办结。

联系电话：61387759

表 6—南阳市门诊特定药品、重特大疾病

相关药品使用申请表

姓名		性别		年龄		照片粘贴处
工作单位						
身份证号码		联系电话				
代取药人姓名		代取药人身份证号码				
家庭住址						
选择医疗机构		异地安置人员 选择医疗机构				
病历摘要（附确诊病历、相关检查单等，既往应用药物的种类、剂量、时间、疗程及疗效等）						
诊断						
治疗方法	药品通用名		药品商品名			
	用法用量					
治疗期限	年	月	日至	年	月	日
责任医师签名：						
定点医疗机构意见						
定点医疗机构医保科（盖章）						
年 月 日						

注：代取药人身份证复印件附后。

样表

附件5

表2： 南阳市门诊特定药品、重特大疾病
相关药品使用申请表

姓名	李四	性别	男	年龄	60	照片粘贴处																																			
工作单位	南阳市XXX																																								
身份证号码	4131819810102XXXX	联系电话	152XXXXXXX																																						
代取药人姓名	张三	代取药人身份证号码	4132819650022XXXX																																						
家庭住址	南阳市独山大道XXX																																								
选择医疗机构	南阳市中心医院	异地安置人员选择医疗机构																																							
病历摘要（附确诊病历、相关检查单等，既往应用药物的种类、剂量、时间、疗程及疗效等）																																									
<div style="text-align: right; margin-right: 50px;">→ 医院填写</div>																																									
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">诊断</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td>治疗方法</td> <td>药品通用名</td> <td colspan="3"></td> <td>药品商品名</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>用法用量</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>治疗期限</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日至</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td colspan="7" style="text-align: right;">责任医师签名：</td> </tr> </table> <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">→ 医院填写</div>							诊断							治疗方法	药品通用名				药品商品名			用法用量						治疗期限	年	月	日至	年	月	日	责任医师签名：						
诊断																																									
治疗方法	药品通用名				药品商品名																																				
	用法用量																																								
治疗期限	年	月	日至	年	月	日																																			
责任医师签名：																																									
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="7">定点医疗机构意见</td> </tr> <tr> <td colspan="7" style="height: 50px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="7" style="text-align: right;">定点医疗机构医保科（盖章）</td> </tr> <tr> <td colspan="7" style="text-align: right;">→ 医院填写</td> </tr> <tr> <td colspan="7" style="text-align: center;">年 月 日</td> </tr> </table>							定点医疗机构意见														定点医疗机构医保科（盖章）							→ 医院填写							年 月 日						
定点医疗机构意见																																									
定点医疗机构医保科（盖章）																																									
→ 医院填写																																									
年 月 日																																									

注：代取药人身份证复印件附后。

七、职工医保门诊规定病种、 门诊重特大疾病医疗费用手工报销

办理科室：职工医疗保险管理科

报送材料：

1. 需要报销的参保人员本人的社会保障卡(复印件 1 份)或有效身份证 (复印件 1 份);
2. 医院收费票据原件 (加盖医院公章 1 份);
3. 门诊费用总清单或门诊处方复印件 (加盖医院公章 1 份);

办理流程：

申请→受理报销材料 → 审核 → 结算后出科

备注：持所需材料到窗口办理。

办理时限：自受理报销材料起 30 个工作日。

联系电话：61387705

八、职工医保异地住院医疗费用手工（零星）报销

办理科室：职工医疗保险管理科

报送材料：

1. 需要报销的参保人员本人的社会保障卡(复印件 1 份)或有效身份证（复印件 1 份）；
2. 医院收费票据原件（加盖医院公章 1 份）；
3. 住院费用总清单原件（加盖医院公章 1 份）；
4. 诊断证明原件及住院病历复印件（加盖医院公章各 1 份）。

办理流程：

申请→受理报销材料 → 审核 → 结算后出科

备注：持所需材料到窗口办理。

办理时限：自受理报销材料起 30 个工作日。

联系电话：61387705

九、职工医保异地就医备案

办理科室：职工医疗保险管理科

报送材料：

1. 急诊住院人员：急诊诊断证明复印件（加盖就诊医院急诊诊断专用章 1 份）；
2. 转诊住院人员：在有转诊资格的定点医院即时办结；
3. 异地安置人员：提供异地资料及填写《表 7-河南省异地就医登记备案表》（1 份）。

办理流程：申请→受理→审核→办结

1. 急诊住院人员：提供急诊诊断证明 → 中心备案即时办结；
2. 转诊人员，下沉到具有转诊资格的定点医疗机构直接办理，符合条件的即时办结；
3. 异地安置人员：提供异地资料→填写《表 7-河南省异地就医登记备案表》→ 中心备案即时办结。

办理时限：符合业务办理条件的即时办结。

联系电话：61387705

表 7—河南省异地就医登记备案表

姓名		性别		险种	1. 职工医保 <input type="checkbox"/> 2. 城乡居民医保 <input type="checkbox"/>
人员类别	<input type="checkbox"/> 异地安置退休人员 <input type="checkbox"/> 异地长期居住人员 <input type="checkbox"/> 长驻异地工作人员 <input type="checkbox"/> 异地转诊人员 <input type="checkbox"/> 其他：	登记类别			<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 变更
身份证件号码					
参保地 联系地址			就医地 联系地址		
联系电话 1			联系电话 2		
转往省 (市、区)		地区 (市、州)		县(区)	
温馨提示					
1. 异地就医备案时，除到北京、天津、上海、重庆、海南、西藏和新疆兵团就医，直接备案到就医省份外，其他备案到就医地省辖市及直管县市（异地就医服务查询：国家医保服务平台， http://fuwu.nhsa.gov.cn ）；参保人到备案地以外的定点医疗机构就医，按转诊转院有关规定执行。 2. 异地安置退休人员、异地长期居住人员和常驻异地工作人员办理备案后，原则上一年内不办理居住地变更和终止备案业务。已通过门诊慢性病、门诊重特大疾病、门诊特定药品待遇认定的参保人员，需办理异地慢病定点变更备案，按规定享受异地门慢特等待遇。 3. 异地转诊人员同一疾病过程多次在同一家定点医疗机构住院（含跨年度住院），第二次及以后不再开具转诊单，凭有效身份证件、原转诊转院证明材料或疾病诊断证明，到参保地经办机构或原转出定点医疗机构直接办理备案手续。 4. 异地就医时，参保人员根据病情、居住地、交通等情况，自主选择就医地医保定点医疗机构，优先选择直接结算定点医疗机构。 5. 异地急诊人员（精神病患者）提供急诊诊断证明（精神病疾病诊断证明）。 6. 未按规定办理备案手续，或在就医地非直接结算定点医疗机构发生的医疗费用，按参保地现有规定办理。					
承诺书					
办理(1. 异地安置退休人员备案 <input type="checkbox"/> /2. 异地长期居住人员 <input type="checkbox"/> /3. 常驻异地工作人员备案 <input type="checkbox"/>)业务。因个人原因不能提供(1. “户口簿首页”和本人“常住人口登记卡” <input type="checkbox"/> /2. 居住证明 <input type="checkbox"/> /3. 参保地工作单位派出证明、异地工作单位证明、工作合同 <input type="checkbox"/>)。本人和被委托人保证符合业务办理条件，所属信息真实、有效、完整、有效，由此产生的一切法律责任均由本人承担。					
<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被委托人 签名			填表日期	年 月 日	

经办机构（盖章）：

联系电话：

经办人：

经办日期：

样表：

河南省异地就医登记备案表

姓 名	张三	性 别	男	险 种	1. 职工医保 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 城乡居民医保 <input type="checkbox"/>
人员类别	1. 异地安置退休人员 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 异地长期居住人员 <input type="checkbox"/> 3. 异地长期工作人员 <input type="checkbox"/> 4. 转诊（急诊）人员 <input type="checkbox"/>	登记类别			1. 新增 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 变更 <input type="checkbox"/>
社会保障号码 (身份证号)	41XXXXXXXXXX (18位数字)	社会保障卡号 (可选)	/		
参保地 家庭住址	南阳市XX区XX路XX区	异地联系地址	山东省济南市XX区XX路 XX小区X楼X户		
联系电话	填写手机号码(11位数字) 如: 12233445566	手 机	填写手机号码(11位数字) 如: 12233445566		
转往省	山东省	地区(市、县)	济南市	县(区)	历城区
<h3 style="margin: 0;">温馨提示</h3> <p>1. 跨省异地就医备案时，除到北京、天津、上海、重庆、海南、西藏和新疆兵团就医，直接备案到就医省份外，其他备案到就医地省辖市（跨省异地就医定点医疗机构查询：社会保险网上查询系统：http://si.12333.gov.cn）；省内异地就医备案时，直接备案到省本级（郑州市）或省辖市。</p> <p>2. 异地就医时，必须选择就医地医保定点医疗机构，优先选择直接结算定点医疗机构。在非直接结算定点医疗机构住院的医疗费用，报销时需提供由就医地医保经办机构确认的医保定点证明（待国家和河南省医保定点医疗机构信息库建立后取消）。</p> <p>3. 未按规定办理备案手续、在医保定点医疗机构住院的医疗费用，报销按参保地现有规定办理。</p> <p>4. 为保证异地就医住院医疗费用直接结算，就医时请持二代社会保障卡。</p> <p>5. 异地就医咨询服务电话：参保地区号加 12333。</p>					
本人(委托人) 签名	张三		填表日期	20xx年xx月xx日	

参保地经办机构（盖章）： /

经办人： /

经办日期： /

十、产前检查费支付

办理科室：生育保险管理科

报送材料：

1. 医保电子凭证或有效身份证件或社保卡（原件及复印件 1 份）；
2. 医院收费票据（收费票据提供电子发票或纸质票据均可）；
3. 《表 8-河南省职工生育保险待遇申请表》（加盖单位印章 1 份）；
4. 符合规定的离职女职工需提供无业承诺书。

办理流程：

参保单位或个人向医保经办机构提交申办材料，医保经办机构受理、审核、拨付。

办理时限：

不超过 17 个工作日。

联系电话：61387792

十一、生育医疗费支付

办理科室：生育保险管理科

报送材料：

1. 医保电子凭证或有效身份证件或社保卡（原件及复印件1份）；
2. 医院收费票据（收费票据提供电子发票或纸质票据均可）；
3. 生育服务登记证（原件及复印件1份）；
4. 出生医学证明或死亡证（原件及复印件1份）；
5. 《表8-河南省职工生育保险待遇申请表》（加盖单位印章1份）；
6. 剖宫产需提供病案首页和手术记录（复印件加盖医院章1份）。
7. 符合规定的离职女职工需提供无业承诺书。

在医疗保障经办业务平台无法通过其他部门获得出生医学证明等材料的,由办理人提供。无法提供的,需提供《表9-个人承诺书》。

办理流程：

参保单位或个人向医保经办机构提交申办材料,医保经办机构受理、审核、拨付。

办理时限：

不超过17个工作日。

联系电话：61387792

十二、计划生育医疗费支付

办理科室：生育保险管理科

报送材料：

1. 医保电子凭证或有效身份证件或社保卡（原件及复印件 1 份）；
2. 医院收费票据（收费票据提供电子发票或纸质票据均可）；
3. 生育服务登记证（原件及复印件 1 份）；
4. 出生医学证明或死亡证（原件及复印件 1 份）；
5. 《表 8-河南省职工生育保险待遇申请表》（加盖单位印章 1 份）；
6. 符合规定的离职女职工需提供无业承诺书。

在医疗保障经办业务平台无法通过其他部门获得出生医学证明等材料的，由办理人提供。无法提供的，需提供《表 9-个人承诺书》。

办理流程：

参保单位或个人向医保经办机构提交申办材料，医保经办机构受理、审核、拨付。

办理时限：

不超过 17 个工作日。

联系电话：61387792

十三、生育津贴支付

办理科室：生育保险管理科

报送材料：

1. 医保电子凭证或有效身份证件或社保卡（原件及复印件 1 份）；
2. 医院收费票据（收费票据提供电子发票或纸质票据均可）；
3. 生育服务登记证（原件及复印件 1 份）；
4. 出生医学证明或死亡证（原件及复印件 1 份）；
5. 《表 8-河南省职工生育保险待遇申请表》（加盖单位印章 1 份）；
6. 剖宫产需提供病案首页和手术记录（复印件加盖医院章 1 份）。

在医疗保障经办业务平台无法通过其他部门获得出生医学证明等材料的,由办理人提供。无法提供的,需提供《表 9-个人承诺书》。

办理流程：

参保单位或个人向医保经办机构提交申办材料,医保经办机构受理、审核、拨付。

办理时限：

不超过 17 个工作日。

联系电话：61387792

十四、一次性生育补助金支付

办理科室：生育保险管理科

报送材料：

1. 医保电子凭证或有效身份证件或社保卡（原件及复印件 1 份）；
2. 医院收费票据（收费票据提供电子发票或纸质票据均可）；
3. 生育服务登记证（原件及复印件 1 份）；
4. 出生医学证明或死亡证（原件及复印件 1 份）；
5. 《表 8-河南省职工生育保险待遇申请表》（加盖单位印章 1 份）；
6. 中华人民共和国结婚证（原件及复印件 1 份）；

在医疗保障经办业务平台无法通过其他部门获得出生医学证明等材料的,由办理人提供。无法提供的,需提供《表 9-个人承诺书》。

办理流程：

参保单位或个人向医保经办机构提交申办材料,医保经办机构受理、审核、拨付。

办理时限：

不超过 17 个工作日。

联系电话：61387792

表 9—一个人承诺书

本人_____（身份证件号码：_____），
办理_____业务。因个人原因无法提供
证明，本人保证符合此业务办理条件，所述信息真实、准确、完
整、有效，由此产生的一切法律责任均由本人承担。

联系电话：

通讯地址：

承诺人（签名、指印）：

年 月 日

表 9—个人承诺书（样表）

本人张三（身份证件号码：××××），
办理生育待遇申请业务。因个人原因无法出生医学证明，
本人保证符合此业务办理条件，所述信息真实、准确、完整、有效，由此产生的一切法律责任均由本人承担。

联系电话：139×××

通讯地址：××路××小区

承诺人（签名、指印）：张三

×年 × 月 × 日

十五、居民医保急诊、异地长期居住备案

办理科室：市直居民医疗保险管理科

报送材料：

急诊证明（复印件 1 份）、异地长期居住证明（复印件 1 份）、《表 10-河南省异地就医登记备案表》（1 份）、有效身份证件或社会保障卡（复印件 1 份）。

办理流程：

属急诊的，提供急诊证明及相关住院信息；属异地长期居住的，提供异地长期居住证明到窗口备案，并填写《表 10-河南省异地就医登记备案表》。

办理时限：即时办结

联系电话：61387785

表 10—河南省异地就医登记备案表

姓名		性别		险种	1. 职工医保 <input type="checkbox"/> 2. 城乡居民医保 <input type="checkbox"/>
人员类别	<input type="checkbox"/> 异地安置退休人员 <input type="checkbox"/> 异地长期居住人员 <input type="checkbox"/> 长驻异地工作人员 <input type="checkbox"/> 异地转诊人员 <input type="checkbox"/> 其他：	登记类别			<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 变更
身份证件号码					
参保地 联系地址		就医地 联系地址			
联系电话 1		联系电话 2			
转往省 (市、区)		地区 (市、州)		县(区)	
温馨提示					
1. 异地就医备案时，除到北京、天津、上海、重庆、海南、西藏和新疆兵团就医，直接备案到就医省份外，其他备案到就医地省辖市及直管县市（异地就医服务查询：国家医保服务平台， http://fuwu.nhsa.gov.cn ）；参保人到备案地以外的定点医疗机构就医，按转诊转院有关规定执行。 2. 异地安置退休人员、异地长期居住人员和常驻异地工作人员办理备案后，原则上一年内不办理居住地变更和终止备案业务。已通过门诊慢性病、门诊重特大疾病、门诊特定药品待遇认定的参保人员，需办理异地慢病定点变更备案，按规定享受异地门慢特等待遇。 3. 异地转诊人员同一疾病过程多次在同一家定点医疗机构住院（含跨年度住院），第二次及以后不再开具转诊单，凭有效身份证件、原转诊转院证明材料或疾病诊断证明，到参保地经办机构或原转出定点医疗机构直接办理备案手续。 4. 异地就医时，参保人员根据病情、居住地、交通等情况，自主选择就医地医保定点医疗机构，优先选择直接结算定点医疗机构。 5. 异地急诊人员（精神病患者）提供急诊诊断证明（精神病疾病诊断证明）。 6. 未按规定办理备案手续，或在就医地非直接结算定点医疗机构发生的医疗费用，按参保地现有规定办理。					
承诺书					
办理(1. 异地安置退休人员备案 <input type="checkbox"/> /2. 异地长期居住人员 <input type="checkbox"/> /3. 常驻异地工作人员备案 <input type="checkbox"/>)业务。因个人原因不能提供(1. “户口簿首页”和本人“常住人口登记卡” <input type="checkbox"/> /2. 居住证明 <input type="checkbox"/> /3. 参保地工作单位派出证明、异地工作单位证明、工作合同 <input type="checkbox"/>)。本人和被委托人保证符合业务办理条件，所属信息真实、有效、完整、有效，由此产生的一切法律责任均由本人承担。					
<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被委托人 签名			填表日期	年 月 日	

经办机构（盖章）：

联系电话：

经办人：

经办日期：

样表

表

河南省异地就医登记备案表

姓名	张三	性别	男	险种	1. 职工医保 <input type="checkbox"/> 2. 城乡居民医保 <input checked="" type="checkbox"/>
人员类别	<input type="checkbox"/> 异地安置退休人员 <input checked="" type="checkbox"/> 异地长期居住人员 <input type="checkbox"/> 常驻异地工作人员 <input type="checkbox"/> 异地转诊人员 <input type="checkbox"/> 其他:	登记类别	<input checked="" type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 变更		
身份证件号码	41292419430810XXXX				
参保地联系地址	郑州市XX路XX号	就医地联系地址	北京市XX区XX号		
联系电话1	139XXXXXXX	联系电话2	156XXXXXXX		
转往省(市、区)	XX省	地区(市、州)	XX市	县(区)	XX县
<p style="text-align: center;">温馨提示</p> <p>1. 异地就医备案时, 除到北京、天津、上海、重庆、海南、西藏和新疆兵团就医, 直接备案到就医省份外, 其他备案到就医地省辖市及直管县市(异地就医服务查询: 国家医保服务平台, http://fuwu.nhsa.gov.cn); 参保人到备案地以外的定点医疗机构就医, 按转诊转院有关规定执行。</p> <p>2. 异地安置退休人员、异地长期居住人员和常驻异地工作人员办理备案后, 原则上一年内不办理居住地变更和终止备案业务。已通过门诊慢性病、门诊重特大疾病、门诊特定药品待遇认定的参保人员, 需办理异地慢病定点变更备案, 按规定享受异地门慢特等待遇。</p> <p>3. 异地转诊人员同一疾病过程多次在同一家定点医疗机构住院(含跨年度住院), 第二次及以后不再开具转诊单, 凭有效身份证件、原转诊转院证明材料或疾病诊断证明, 到参保地经办机构或原转出定点医疗机构直接办理备案手续。</p> <p>4. 异地就医时, 参保人员根据病情、居住地、交通等情况, 自主选择就医地医保定点医疗机构, 优先选择直接结算定点医疗机构。</p> <p>5. 异地急诊人员(精神病患者)提供急诊诊断证明(精神疾病诊断证明)。</p> <p>6. 未按规定办理备案手续, 或在就医地非直接结算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 style="text-align: center;">承诺书</p> <p>办理(1. 异地安置退休人员备案<input type="checkbox"/>/2. 异地长期居住人员<input type="checkbox"/>/3. 常驻异地工作人员备案<input type="checkbox"/>)业务。因个人原因不能提供(1. “户口簿首页”和本人“常住人口登记卡”<input type="checkbox"/>/2. 居住证明<input type="checkbox"/>/3. 参保地工作单位派出证明、异地工作单位证明、工作合同<input type="checkbox"/>)。本人和被委托人保证符合业务办理条件, 所属信息真实、有效、完整、有效, 由此产生的一切法律责任均由本人承担。</p>					
<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被委托人 签名	张三	填表日期	2021年4月1日		

经办机构(盖章):

联系电话:

经办人:

经办日期:

十六、居民医保门诊、住院重特大疾病

办理科室：市直居民医疗保险管理科

报送材料：

《表 11-河南省城乡居民重特大疾病医疗保障登记备案表》一式 3 份、病历资料或检查材料（近期住院病历、诊断证明、检查单、化验单复印件）。

办理流程：

持相关材料到政策规定符合条件的定点医疗机构申请，填写《表 11-河南省城乡居民重特大疾病医疗保障登记备案表》，并由定点医疗机构签字、盖章确认。符合条件的携带所有材料到市直居民科窗口办理。

办理时限：即时办结

联系电话：61387785

表 11—河南省城乡居民重特大疾病医疗保障登记备案表

患者姓名		性别		年龄		患者照片（加盖 医保经办机构骑 缝章）
身份证号						
社会保障号 码						
家庭住址						
联系人				联系电 话		
患者申请	本年度参保，初步诊断患_____申请办理重特大疾病保 障备案 手续，到_____医院诊治。 患者（或家属）签名（手印）：_____年 月 日					
统筹地区医 保经办机构 意见	经审核，情况属实，同意办理重特大疾病备案手续。 签章：_____联系电话：_____ _____年 月 日					
定点医疗机 构评估意见	经评估，同意按重特大疾病收治。 科主任签名：_____ _____年 月 日			医保科/办签章：_____ 联系电话：_____ _____年 月 日		

注：1. 年龄以“周岁”计算，按照公历的年、月、日，从周岁生日的第二天起算。
如：14 周岁生日第二天起为 14 岁。

2. ，该表一式 3 联，分别由医保经办机构、定点医疗机构和参保人员留存。

样表

表2: 河南省城乡居民重特大疾病医疗保障登记备案表

患者姓名	张三	性别	男	年龄	50	患者照片（加盖医保经办机构骑缝章）
身份证号	41292419430810XXXX					
社会保障号码	R5613XXX					
家庭住址	南阳市双路XX号					
联系人	张三	联系电话	156XXXXXXX			
患者申请	本年度参保，初步诊断患 <u>脑梗死</u> 申请办理重特大疾病保障备案 手续，到 <u>南阳市中心</u> 医院诊治。 患者（或家属）签名（手印）： <u>张三 2021年4月17日</u>					
统筹地区医保经办机构意见	经审核，情况属实，同意办理重特大疾病备案手续。 签章： _____ 联系电话： _____ 年 月 日					
定点医疗机构评估意见	经评估，同意按重特大疾病收治。 科主任签名： _____ 联系电话： _____ 年 月 日 年 月 日					

→ 医院填写
→ 医院填写

注：1. 年龄以“周岁”计算，按照公历的年、月、日，从周岁生日的第二天起算。
如：14周岁生日第二天起为14岁。

2. 该表一式3联，分别由医保经办机构、定点医疗机构和参保人员留存。

十七、市直居民医保门诊慢性病申办

办理科室：市直居民医疗保险管理科

报送材料：

《表 12-南阳市城乡居民基本医疗保险门诊慢性病申请表》1 份、病历资料或检查材料（近期住院病历、诊断证明、检查单、化验单复印件）。

办理流程：

门诊慢性病定点鉴定医院受理申请 → 定点医院组织体检鉴定 → 定点医院生成鉴定结果 → 报送通过人员名单及材料到医保经办机构备案。

办理时限：

1、每年 2 月下旬、8 月下旬在门诊慢性病定点鉴定医院受理申请；3 月、9 月由定点医院组织体检鉴定；4 月 10 号以后、10 月 10 号以后在定点医院公布通过人员名单。

2、恶性肿瘤、异体器官移植、精神病每月下旬可在门诊规定鉴定医院申请，次月享受待遇。肺结核、丙型肝炎、艾滋病抗机会性感染由医疗专家根据相关材料直接确认。

联系电话：61387785

表 12—南阳市城乡居民基本医疗保险门诊慢性病申请表

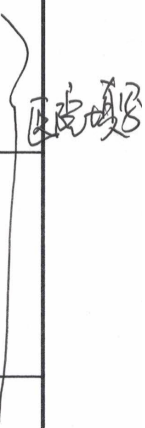
患者姓名		性别		申请日期		患者照片
社会保障号/ 其他参保证号				身份证号		
选择定点医院				联系电话		
家庭住址						
申请 鉴定 病种	<input type="checkbox"/> 恶性肿瘤 <input type="checkbox"/> 异体器官移植 <input type="checkbox"/> 肺结核 <input type="checkbox"/> 精神病 <input type="checkbox"/> 丙肝 <input type="checkbox"/> 肝硬化 <input type="checkbox"/> 系统性红斑狼疮 <input type="checkbox"/> 类风湿性关节炎 <input type="checkbox"/> 2 型糖尿病伴多并发症 <input type="checkbox"/> 肾病综合征		<input type="checkbox"/> 帕金森氏病或帕金森氏综合征（合并有脑血管病） <input type="checkbox"/> II 期及以上高血压病 <input type="checkbox"/> 冠心病（非隐匿型） <input type="checkbox"/> 急性脑血管病后遗症 <input type="checkbox"/> 强直性脊柱炎 <input type="checkbox"/> 慢性阻塞性肺疾病 <input type="checkbox"/> 肺心病 <input type="checkbox"/> 癫痫 <input type="checkbox"/> 艾滋病抗机会性感染			
初审	专家签名:					
复审	专家签名:					
体检医院 意见	(盖章) 年 月 日					

备注：1.受理时将确诊资料粘贴于此表后面。

2.期限届满 30 日前，可携带相关规定材料申请复审。

样表

表 南阳市城乡居民基本医疗保险门诊慢性病申请表

患者姓名	张三	性别	男	申请日期	1943.1.10	患者照片
社会保障号/ 其他参保证号	R5613XXX		身份证号	41292419430110XXXX		
选择定点医院	南阳市中心医院		联系电话	139XXXXXXXX		
家庭住址	南阳市XX路XX号					
申请 鉴定 病种	<input type="checkbox"/> 恶性肿瘤 <input type="checkbox"/> 异体器官移植 <input type="checkbox"/> 肺结核 <input type="checkbox"/> 精神病 <input type="checkbox"/> 丙肝 <input type="checkbox"/> 肝硬化 <input type="checkbox"/> 系统性红斑狼疮 <input type="checkbox"/> 类风湿性关节炎 <input checked="" type="checkbox"/> 2型糖尿病伴多并发症 <input type="checkbox"/> 肾病综合征		<input type="checkbox"/> 帕金森氏病或帕金森氏综合征（合并有脑血管病） <input type="checkbox"/> II期及以上高血压病 <input checked="" type="checkbox"/> 冠心病（非隐匿型） <input type="checkbox"/> 急性脑血管病后遗症 <input type="checkbox"/> 强直性脊柱炎 <input type="checkbox"/> 慢性阻塞性肺疾病 <input type="checkbox"/> 肺心病 <input type="checkbox"/> 癫痫 <input type="checkbox"/> 艾滋病抗机会性感染			
初审						专家签名: 
复审						专家签名:
体检医院 意见						(盖章) 年 月 日

备注: 1.受理时将确诊资料粘贴于此表后面。

2.期限届满30日前,可携带相关规定材料申请复审。

十八、市直居民医疗保险手工报销

办理科室：市直居民医疗保险管理科

报送材料：

门诊费用需提供：

1. 有效身份证件或社会保障卡（复印件 1 份）；
2. 门诊收费票据（原件）；
3. 门（急）诊费用总清单（原件）；
4. 门诊处方；

住院费用需提供

1. 有效身份证件或社会保障卡（复印件 1 份）；
2. 住院收费票据（原件）；
3. 住院费用总清单（原件）；
4. 诊断证明及相关住院病历资料；

办理流程：持所需材料到窗口办理。

办理时限：即时受理，28 个工作日办结

联系电话：61387785

十九、市直居民个人基本信息修改

办理科室：市直居民医疗保险管理科

报送材料：

本人身份证或户口本原件及复印件 1 份。

办理流程：

持本人身份证或户口本原件及复印件到市直居民科窗口进行信息核对修改业务，并填写《表 13-基本医疗保险城乡居民参保信息变更登记表》。

办理时限：即时办结

联系电话：61387785

表 13—基本医疗保险城乡居民参保信息变更登记表

填报人：
日

联系电话：

关键信息

非关键信息

年 月

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	<p>经办人： _____</p> <p style="text-align: right;">（受理单位盖章）</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>						

样表

表4.

基本医疗保险城乡居民参保信息变更登记表

填报人: 李四 联系电话: 150xxxx 1234 关键信息 非关键信息 2021 年 4 月 19 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	41132319540100XXXX	李四	姓名	李二	李四	李四	
2							
3							
4							
5							
6							
经办机构 意见	经办人: _____ (受理单位盖章) 年 月 日						

二十、新生儿参保登记

办理科室：市直居民医疗保险管理科

报送材料：

1. 新生儿户口本首页及新生儿页（原件及复印件 1 份）；
2. 出生医学证明（原件及复印件 1 份）；
3. 父或母正常参保缴费证明及身份证复印件 1 份；
4. 填写《表 14-南阳市城镇居民新生儿参保登记表》1 份。

办理流程：

持上述材料到市直居民科窗口填写《表 14-南阳市城乡居民新生儿参保登记表》进行参保、登记业务。

若新生儿父或母未参加本市职工医保或居民医保需个人缴费参保的，携带新生儿户口本、出生医学证明、父或母任意一方的身份证原件及复印件在市直居民科窗口开具税务缴费模板，到税务窗口缴费后参保。

办理时限：即时办结

联系电话：61387785

表 14—南阳市城乡居民新生儿参保登记表

姓名		出生日期		性别	
身份证号					
户籍所在地					
监护人姓名		联系电话			
新生儿享受待遇方式	<input type="checkbox"/> 1、不随父母地税缴费 <input type="checkbox"/> 2、母职工随母享受待遇 <input type="checkbox"/> 3、父职工随父享受待遇 <input type="checkbox"/> 4、母居民随母享受待遇 <input type="checkbox"/> 5、父居民随父享受待遇				

初审：

复审：

经办日期：

样表

表5. 南阳市城乡居民新生儿参保登记表

姓名	张XX	出生日期	2021.1.1	性别	男
身份证号	4130320210101XXXX				
户籍所在地	南阳市XX社区				
监护人姓名	张三	联系电话	156XXXX1234		
新生儿享受待遇方式	<input type="checkbox"/> 1、不随父母地缴缴费 <input checked="" type="checkbox"/> 2、母职工随母享受待遇 <input type="checkbox"/> 3、父职工随父享受待遇 <input type="checkbox"/> 4、母居民随母享受待遇 <input type="checkbox"/> 5、父居民随父享受待遇				

初审:

复审:

经办日期:

二十一、居民医保新参保登记

办理科室：市直居民医疗保险管理科

报送材料：

参保人员身份证件（复印件1份）及户口本原件（户口本首页及参保人页复印件各1份），并填写《表15-城乡居民基本医疗保险参保登记表》1份。

办理流程：

此项业务限未在户籍地所在社区集中办理参保登记的人员。持上述材料到市直居民科窗口填写《表15-城乡居民基本医疗保险参保登记表》进行参保、登记业务后，在地税窗口缴费。

办理时限：即时办结

联系电话：61387785

表 15—城乡居民基本医疗保险参保登记表

姓名		身份证件类型			
身份证件号码					
性 别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生 日期	年 月	联系电话	
户籍所在地 (居住证登记地)	省	市	区县(市) 街道(乡镇)	村(社区)	
通讯地址					
申请人身份	(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)				
财政补贴对象	(建议列选择项打勾, 如 <input type="checkbox"/> 低保 <input type="checkbox"/> 特困 <input type="checkbox"/> 其他)				
申请人或监护人	<p style="text-align: center;">以上信息填报真实, 现申请参加城乡居民医保, 并已了解城乡居民基本医疗保险 费征收部门和缴费方式, 以及每年规定的缴费时间。</p> <p style="text-align: center;">(签字) _____ 年 月 日</p>				
收件审核	<p><input type="checkbox"/> 经审核, 符合城乡居民医保参保规定。</p> <p><input type="checkbox"/> 经审核, 不符合城乡居民医保参保规定。</p> <p>经办人: _____ (受理单位盖章)</p> <p style="text-align: right;">_____ 年 月 日</p>				

样表

表6. 城乡居民基本医疗保险参保登记表

姓名	张三		身份证件类型	身份证	
身份证件号码	41292419430110XXXX				
性别	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	1943年1月	联系电话	139XXXX1234
户籍所在地 (居住证登记地)	河南省南阳市张湾		区县(市) 街道(乡镇)	村(社区)	苏楼
通讯地址	南阳市双路双号				
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 checked="" type="checkbox"/> 无业成年人等)				
财政补贴对象	(建议列选择项打勾, 如 <input type="checkbox"/> 低保 <input type="checkbox"/> 特困 <input type="checkbox"/> 其他)				
申请人或监护人	<p>以上信息填报真实, 现申请参加城乡居民医保, 并已了解城乡居民基本医疗保险费征收部门和缴费方式, 以及每年规定的缴费时间。</p> <p style="text-align: center;">张三 (签字) 2021年4月19日</p>				
收件审核	<p><input type="checkbox"/> 经审核, 符合城乡居民医保参保规定。</p> <p><input type="checkbox"/> 经审核, 不符合城乡居民医保参保规定。</p> <p>经办人: _____ (受理单位盖章)</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>				

二十二、市直居民个人退保

办理科室：市直居民医疗保险管理科

报送材料：

退保人员有效身份证件、户口本或社会保障卡（复印件 1 份）及其他相关材料，死亡退保填写《表 16-南阳市城乡居民医疗保险退保申请表》，重复缴费退保需税务部门出具的《社会保险费退费申请表》一式 3 份。

办理流程：

此业务限参保人员死亡或参保人员重复缴费退保。属人员死亡退保的，提供退保人员有效身份证件、火化证原件及复印件各 1 份，继承人有效身份证件原件及复印件 1 份，并填写《表 16-南阳市城乡居民医疗保险退保申请表》。

属重复缴费退保的，需提供本人有效身份证件原件及复印件 1 份、本人银行卡复印件 1 份、异地重复缴费凭证、市本级缴费凭证（税务窗口出具）、经税务窗口确认后，填写由税务部门出具的《社会保险费退费申请表》一式 3 份。

办理时限：即时办结

联系电话：61387785

表 16—南阳市城乡居民医疗保险退保申请表

退保人姓名：		退保人身份证号：	
退保原因（选中打√）		医疗费用结算情况	账户返还途径（2选1）
1、自愿 2、死亡 3、其他		1、结清 2、未结	1、返还 2、继承
1、个人申请退保一次性处理账户余额（选择账户返还途径第一项）			
申请人	申请人身份证号		联系电话
2、继承人经办退保一次性处理账户余额（选择账户返还途径第二项）			
继承人	与被继承人关系	继承人身份证号	继承人联系电话
继承声明	本人与被继承人 系 关系，现申请领取被继承人个人账户资金余额，今后其继承权有发生纠纷时，由本人承担全部法律责任。 继承人签字：		
个人账户一次性处理余额返还至银行账户信息			
银 行 户 名：			
银 行 账 号：			
开户银行（XX 银行 XX 支行）：			

说明：

- 1、个人申请退保需提供本人身份证或户口本原件及复印件。
- 2、继承人申办退保需提供退保人、继承人身份证或户口本原件及复印件。
- 3、人员死亡退保时需提供火化证原件及复印件。

样表

表7

南阳市城乡居民医疗保险退保申请表

退保人姓名:	张三	退保人身份证号:	41292419430110XXXX
退保原因 (选中打√)		医疗费用结算情况	账户返还途径 (2选1)
1、自愿 2、死亡 3、其他		√ 结清 2、未结	√ 返还 2、继承
1、个人申请退保一次性处理账户余额 (选择账户返还途径第一项)			
申请人	申请人身份证号		联系电话
张三	41292419430110XXXX		139XXXX1234
2、继承人经办退保一次性处理账户余额 (选择账户返还途径第二项)			
继承人	与被继承人关系	继承人身份证号	继承人联系电话
继承声明	<p>本人与被继承人 系 关系, 现申请领取被继承人个人账户资金余额, 今后其继承权有发生纠纷时, 由本人承担全部法律责任。</p> <p style="text-align: center;">继承人签字:</p>		
个人账户一次性处理余额返还至银行账户信息			
银行户名:	张三		
银行账号:	XX银行XX支行XX分行		
开户银行 (XX银行XX支行):	6225 XXXX 0010 XXX		

说明:

- 1、个人申请退保需提供本人身份证或户口本原件及复印件。
- 2、继承人申办退保需提供退保人、继承人身份证或户口本原件及复印件。
- 3、人员死亡退保时需提供火化证原件及复印件。