附件

湖北省基本医疗保险异地就医

直接结算经办规程

第一章 总 则

第一条 为加强异地就医直接结算经办业务管理，规范经办业务流程，推动业务协同联动，提高服务水平，根据《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》《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》《中共湖北省委 湖北省人民政府印发<关于全省深化医疗保障制度改革的若干措施>的通知》等文件要求，制定本规程。

第二条 本规程所称跨省异地就医是指基本医疗保险参保人员在省外的定点医药机构发生的就医、购药行为；省内异地就医是指基本医疗保险参保人员在参保关系所在市（州）以外的省内其他统筹区的定点医药机构发生的就医、购药行为。异地就医直接结算是指参保人员异地就医时只需支付按规定由个人负担的医疗费用，其他费用由就医地经办机构与异地就医定点医药机构按医疗保障服务协议（以下简称医保服务协议）约定审核后支付。

第三条 本规程适用于基本医疗保险参保人员异地就医直接结算经办管理服务工作。其中基本医疗保险包括职工基本医疗保险（以下简称职工医保）和城乡居民基本医疗保险（以下简称居民医保）。

第四条 异地就医直接结算工作实行统一管理、分级负责。国家级经办机构承担制定并实施全国异地就医结算业务流程、标准规范，全国异地就医数据管理与应用，跨省异地就医资金预付和结算管理、对账费用清分、智能监控、运行监测，跨省业务协同和争议处理等职能。省级经办机构承担全国异地就医结算业务流程、标准规范在本省内的组织实施，承担跨省和省内异地就医直接结算业务协同、资金管理和争议处理等职能。各市（州）应按照国家和省级异地就医结算政策规定，及时出台本地配套政策，做好异地就医备案管理、问题协同处理和资金结算清算等工作。

各市（州）财政部门会同医疗保障部门按规定及时划拨异地就医预付金和清算资金，合理安排医疗保障经办机构的工作经费，加强与医疗保障经办机构对账管理，确保账账相符、账款相符、账表相符。

第五条 异地就医直接结算费用医保基金支付部分实行先预付后清算，预付资金原则上来源于参保人员所属统筹地区的医疗保险基金。

第六条 优化经办流程，支持医保电子凭证、社会保障卡等作为有效凭证，按照“就医地目录、参保地政策、就医地管理”的要求，提供便捷高效的异地就医直接结算服务。具备条件的，可按规定将符合补充医疗保险、医疗救助等支付政策的医疗费用纳入异地就医直接结算范围。

第二章 范围对象

第七条 参加基本医疗保险的下列人员，可以申请办理异地就医直接结算。

（一）异地长期居住类人员，包括异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员等长期在参保地外工作、居住、生活的人员。

（二）临时外出就医类人员，包括异地转诊就医人员，因工作、旅游等原因异地急诊抢救人员以及其他临时外出就医人员。

第三章 登记备案

第八条 参保地经办机构按规定为参保人员办理登记备案手续。

（一）异地安置退休人员需提供以下材料：

1.医保电子凭证、有效身份证件或社会保障卡；

2.《湖北省异地就医登记备案表》（以下简称备案表，见附件1）；

3.异地安置认定材料(“户口簿首页”和本人“常住人口登记卡”，或个人承诺书，见附件2)。

（二）异地长期居住人员需提供以下材料：

1.医保电子凭证、有效身份证件或社会保障卡；

2.备案表；

3.长期居住认定材料(居住证明或个人承诺书)。

（三）常驻异地工作人员需提供以下材料：

1.医保电子凭证、有效身份证件或社会保障卡；

2.备案表；

3.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、工作合同任选其一或个人承诺书)。

（四）异地转诊人员需提供以下材料：

1.医保电子凭证、有效身份证件或社会保障卡；

2.备案表；

3.参保地规定的定点医疗机构开具的转诊转院证明材料。

（五）异地急诊抢救人员视同已备案。

（六）其他临时外出就医人员需提供以下材料：

1.医保电子凭证、有效身份证件或社会保障卡；

2.备案表。

第九条 参保人员可在参保地经办机构窗口、指定的线上办理渠道或国家医保服务平台APP、国家异地就医备案小程序、国务院客户端小程序、鄂汇办APP、湖北政务服务网、湖北医疗保障微信小程序等多种渠道申请办理登记备案手续。通过线上备案渠道申请办理登记备案的，原则上参保地经办机构应在两个工作日内办结。鼓励有条件的地区，可为参保人员提供即时办理、即时生效的自助备案服务。

第十条 异地长期居住类人员办理异地就医登记备案后，备案长期有效。临时外出就医类人员备案有效期为6个月。有效期内参保人员可在就医地多次就诊并享受异地就医直接结算服务。参保地或参保险种发生变更的，参保人员应重新办理备案。

参保人员在同一个就医地只能办理一种异地就医备案，参保人办理新的异地就医备案后，原异地就医备案失效。参保人员在不同的就医地仅可办理一个长期类备案和一个临时类备案。

第十一条 参保地经办机构在为参保人员办理备案时原则上直接备案到就医地市或直辖市等，参保人员到海南、西藏等省级统筹地区和新疆生产建设兵团就医的，可备案到就医省和新疆生产建设兵团。参保人员可在备案地开通的所有异地就医定点医疗机构享受住院费用直接结算服务。参保人员在异地普通门诊和药店购药时无需办理备案，可在全国异地就医定点医药机构享受直接结算服务。参保人员在异地门诊慢特病就医购药时应先行办理备案，并按照参保地管理要求选择异地就医定点医药机构。

第十二条 参保人员备案有效期内已办理入院手续的，不受备案有效期限制，可正常直接结算相应医疗费用。

第十三条 参保人员出院结算前向参保地申请补办异地就医备案的，参保地应予以支持，补办的备案有效期起始时间应早于入院时间。异地就医参保人员出院自费结算后按规定补办备案手续的，可以按参保地规定申请医保手工报销。原则上允许补办6个月内的备案。

第十四条 参保地经办机构要及时为参保人员办理异地就医备案登记、变更和取消业务，并将异地就医备案、门诊慢特病认定资格等信息实时上传至国家跨省异地就医管理子系统，方便就医地经办机构和定点医疗机构查询。

第十五条 参保人员因故未能直接结算、未按规定申请办理登记备案手续或在就医地非异地就医点医药机构发生的医疗费用，按参保地规定执行。

第四章 就医管理

第十六条 省级经办机构负责指导各市（州）经办机构将符合条件的定点医药机构纳入异地就医直接结算范围。不同投资主体、经营性质的医保定点医药机构均可申请开通异地就医直接结算服务，享受同样医保政策、管理和服务。

第十七条 各定点医药机构应主动向所在市（州）经办机构申请纳入异地就医直接结算范围。市（州）经办机构经受理、评估、公示、签订协议后，确定异地就医定点医药机构资格，在省医疗保障信息平台开通异地就医直接结算功能，并向省级经办机构报备。

第十八条 各异地就医定点医药机构的名称、法定代表人、主要负责人或实际控制人、注册地址、银行账户、诊疗科目、机构规模、机构性质、等级、类别和药品经营范围等信息变更时，应自有关部门批准之日起30个工作日内向统筹地区经办机构提出变更申请，并在国家医疗保障局医保业务编码标准动态维护专区维护。

异地就医定点医药机构的医保结算等级、医保服务协议状态等相关信息发生变更的，市（州）经办机构要于5个工作日内在省医疗保障信息平台异地就医子系统等渠道动态维护。

第十九条 异地就医定点医药机构应对异地就医患者进行身份识别，为符合就医地规定的门（急）诊、住院异地就医患者提供合理规范的诊疗服务及方便快捷的异地就医直接结算服务，实时上传就医和结算信息。提供门诊慢特病跨省直接结算服务时，应专病专治，合理用药。参保人员未办理异地就医备案的，可在定点医药机构指引下申请办理登记备案手续，出院结算前完成登记备案的，异地就医定点医疗机构应提供异地就医直接结算服务。

第二十条 参保人员在就医地异地就医定点医药机构就医购药时，应主动表明参保身份，出示医保电子凭证或社会保障卡等有效凭证，遵守就医地就医、购药有关流程和规范。

第二十一条 已在参保地完成门诊慢特病待遇资格认定，并办理了异地就医备案的参保人员，可在开通门诊慢特病异地就医直接结算的医药机构直接结算。参保地可根据管理需要确定参保人异地门诊慢特病费用直接结算的医药机构数量。省内门诊慢特病定点医药机构全省各统筹区互认。

第二十二条 符合湖北省基本医疗保险门诊慢特病病种目录的病种可在省内异地就医直接结算。门诊慢特病费用跨省异地直接结算的病种范围根据国家医疗保障局规定实施。

第五章 跨省异地就医预付金管理

第二十三条 预付金是参保地经办机构预付给就医地经办机构用于支付参保地异地就医人员医疗费用的资金，资金专款专用，任何组织和个人不得侵占或者挪用。原则上跨省异地就医预付金额度为各市（州）上年第四季度医保结算资金月平均值的两倍，按年清算。预付金原则上来源于各统筹地区医疗保险基金。就医地可调剂使用各参保地的预付金。

第二十四条 跨省异地就医预付金初始额度由省级经办机构根据国家级经办机构有关通知确定，省级经办机构下发《 市（州）跨省异地就医预付金付款通知书》（见附件3），通过省医疗保障信息平台进行发布。市（州）经办机构按规定通知同级财政部门付款。

第二十五条 每年2月初，省级经办机构根据国家级经办机构有关通知，核定各市（州）经办机构本年度应付跨省异地就医预付金，核定生成《 市（州）跨省异地就医预付金额度调整付款通知书》（见附件4），通过省医疗保障信息平台进行发布。原则上，市（州）跨省异地就医预付金测算额度小于上年预付金缴存额的，年度预付金暂不调整。

第二十六条 每年2月初，省级经办机构通过国家跨省异地就医管理子系统下载跨省异地就医预付金额度调整收付款通知书，应于5个工作日内提交同级财政部门。省级财政部门在确认跨省异地就医资金全部缴入省级财政专户，对省级经办机构提交的预付单和用款申请计划审核无误后，在10个工作日内进行划款。省级财政部门划拨预付金时，注明业务类型（预付金或清算资金），完成划拨后5个工作日内将划拨信息反馈到省级经办机构。原则上省级财政部门应于每年2月底前完成年度跨省异地就医预付金调整额度的收付款工作。

第二十七条 每年2月初，市（州）经办机构通过省医疗保障信息平台下载跨省异地就医预付金额度调整付款通知书，应于5个工作日内提交同级财政部门。同级财政部门在确认对市（州）经办机构提交的预付单和用款申请计划审核无误后，在10个工作日内进行划款。原则上市（州）财政部门应于每年2月底前完成年度预付金调整额度的付款工作。

第二十八条 建立预付金预警和调增机制。预付金使用率为预警指标，是指异地就医月度清算资金占预付金的比例。预付金使用率达到70%，为黄色预警。预付金使用率达到90%及以上时，为红色预警，将启动预付金紧急调增流程。

第二十九条 省级经办机构接到国家级经办机构下发的跨省异地就医预付金额度紧急调增通知书后，应于5个工作日内提交省级财政部门。省级财政部门对省级经办机构提交的预付单和用款申请计划审核无误后，在10个工作日内完成预付金紧急调增资金的拨付。完成划拨后5个工作日内将划拨信息反馈到省级经办机构。原则上预付金紧急调增额度应于下期清算前完成拨付。

第三十条 省级经办机构根据国家级经办机构有关通知，下发《 市（州）跨省异地就医预付金额度紧急调增付款通知书》（见附件5）。市（州）经办机构收到通知书后5个工作日内，提交同级财政部门。同级财政部门对经办机构提交的预付单和用款申请计划审核无误后，在10个工作日内完成预付金紧急调增资金的拨付。原则上预付金紧急调增额度应于下期清算前完成拨付。

第三十一条 市（州）财政部门划拨异地就医资金时，应注明业务类型（预付金或清算资金），完成划拨后5个工作日内将划拨信息反馈到同级经办机构。市（州）经办机构应在省医疗保障信息平台中进行付款确认。

第三十二条 省级财政收款专户信息发生变更时，省级财政部门要在3个工作日内通知省级经办机构，由省级经办机构在国家跨省异地就医管理子系统变更相关信息。省级经办机构向省级财政部门提交预付单和清算单时，需同步提交《跨省异地就医省级财政收款专户银行账号明细表》（见附件6），并将各省财政专户信息变更情况告知财政部门。

第三十三条 跨省和省内异地就医资金及预付金在各级财政专户中产生的利息归账户开设地所有。

第三十四条 各市（州）负责将跨省异地就医预付金上解至省级社会保障基金财政专户，由省级财政部门统一拨付至外省。我省收到外省拨付的跨省异地就医预付金留存于省级社会保障基金财政专户。

第三十五条 省级医保部门和省级财政部门负责督促市（州）按时上解（划拨）异地就医预付金及清算资金。

第六章 省内异地就医预付金管理

第三十六条 省内异地就医预付金额度为各市（州）上年第四季度医保结算资金月平均值的两倍。预付金原则上来源于各统筹地区医疗保险基金。预付金额度由省级经办机构核定，按年清算。各市（州）向武汉市拨付省内异地就医预付金，市（州）之间无需互相拨付省内异地就医预付金。

第三十七条 省级经办机构负责确定省内异地就医预付金初始额度，在省医疗保障信息平台下发《 市（州）省内异地就医预付金付款通知书》（见附件7）、《 市（州）省内异地就医预付金收款通知书》（见附件8）。各市（州）经办机构收到通知书后5个工作日内，提交市（州）财政部门。市（州）财政部门对经办机构提交的预付单和用款申请计划审核无误后，在10个工作日内进行划款。

第三十八条 每年2月初，省级经办机构根据各市（州）上年异地就医结算情况，核定各市（州）经办机构本年度应付、应收省内异地就医预付金，出具《 市（州）省内异地就医预付金额度调整付款通知书》（见附件9）、《 市（州）省内异地就医预付金额度调整收款通知书》（见附件10），通过省医疗保障信息平台进行发布。原则上，市（州）省内异地就医预付金测算额度小于上年预付金缴存额的，年度预付金暂不调整。

第三十九条 每年2月初，市（州）经办机构通过省医疗保障信息平台下载省内异地就医预付金额度调整收付款通知书，应于5个工作日内提交同级财政部门。市（州）财政部门对经办机构提交的预付单和用款申请计划审核无误后，在10个工作日内进行划款。原则上各市（州）应于每年2月底前完成年度预付金调整额度的收付款工作。

市（州）财政部门划拨预付金时，注明业务类型（预付金或清算资金）。市（州）财政部门完成划拨后5个工作日内将划拨信息反馈到同级经办机构。市（州）经办机构应于5个工作日内在省医疗保障信息平台中进行收付款确认。

第四十条 市（州）财政收款专户信息发生变更时，市（州）财政部门要在3个工作日内通知市（州）经办机构，市（州）经办机构要于3个工作日内在省医疗保障信息平台维护信息。

第七章 医疗费用结算

第四十一条 医疗费用结算是指就医地经办机构与本地定点医药机构对异地就医医疗费用对账确认后，按协议或有关规定向定点医药机构支付费用的行为。医疗费用对账是指就医地经办机构与定点医药机构就门诊就医、购药以及住院医疗费用确认医保基金支付金额的行为。

第四十二条 参保人员跨省异地就医直接结算住院、普通门诊和门诊慢特病医疗费用时，原则上执行就医地规定的支付范围及有关规定（基本医疗保险药品、医疗服务项目和医用耗材等支付范围），执行参保地规定的基本医疗保险基金起付标准、支付比例、最高支付限额、门诊慢特病病种范围等有关政策。

第四十三条 参保人员省内异地就医直接结算住院、普通门诊和门诊慢特病医疗费用时，执行全省统一的基本医疗保险药品、诊疗项目和医疗服务设施范围和支付标准目录，执行就医地的医药价格及有关规定，执行参保地规定的基本医疗保险基金起付标准、支付比例、最高支付限额、门诊慢特病病种范围等有关政策。

第四十四条 异地就医定点医药机构提供门诊慢特病直接结算服务时，应专病专治，合理用药。参保人员因门诊慢特病异地就医时，就医地有相应门诊慢特病病种及限定支付范围的，执行就医地规定；就医地有相应门诊慢特病病种但无限定支付范围的，或没有相应门诊慢特病病种的，定点医药机构及接诊医师要遵循相关病种诊疗规范及用药规定合理诊疗。参保人员同时享受多个门诊慢特病待遇的，由参保地根据本地规定确定报销规则。同时具有普通门诊和门诊慢特病待遇的，或具有多个门诊慢特病费用结算的，接诊医师应单独开具处方，分别结算。

第四十五条 参保人员跨省异地就医出院结算时，就医地经办机构将其住院费用明细信息转换为全国统一的大类费用信息，经国家、省级异地就医结算系统传输至参保地，参保地按照当地政策规定计算出应由参保人员个人负担以及各项医保基金支付的金额，并将结果回传至就医地定点医疗机构，用于定点医疗机构与参保人员直接结算。

第四十六条 参保人员门诊费用跨省异地就医直接结算时，就医地经办机构按照就医地支付范围和规定对每条费用明细进行费用分割，经国家、省级异地就医结算系统实时传输至参保地，参保地按照当地政策规定计算出应由参保人员个人负担以及各项医保基金支付的金额，并将结果回传至就医地定点医药机构，用于定点医药机构与参保人员直接结算。

第四十七条 参保人员省内异地就医直接结算时，异地就医定点医药机构应将其费用明细信息数据实时传输至省医疗保障信息平台，按参保地政策规定计算出应由参保人员个人负担以及各项医保基金支付的金额，并将结果回传，用于就医地定点医药机构与参保人员进行直接结算。

第四十八条 参保人员因急诊抢救就医的，异地就医定点医疗机构在为参保人员办理“门诊结算”或“入院登记”时，应按接口标准规范要求如实上传“门诊急诊转诊标志”或“住院类型”。对于“门诊急诊转诊标志”或“住院类型”为“急诊”的，参保人员未办理异地就医备案的，参保地应视同已备案，允许参保人员按参保地异地急诊抢救相关待遇标准直接结算相关门诊、住院医疗费用。

第四十九条 异地就医定点医疗机构应加强外伤人员身份认证，对于符合就医地基本医疗保险支付范围，参保人员主诉无第三方责任的医疗费用，定点医疗机构可结合接诊及参保人员病情等实际情况，由参保人员填写《外伤无第三方责任承诺书》（见附件11），为参保人员办理异地就医直接结算。异地就医定点医疗机构在为参保人员办理入院登记时，应按接口标准规范要求，通过“外伤标志”和“涉及第三方标志”两个接口，如实上传参保人员外伤就医情况。

第五十条 异地就医定点医疗机构对于异地就医患者住院期间确因病情需要到其他定点医疗机构检查治疗或到定点药店购药的，需提供《住院期间外院检查治疗或定点药店购药单》（见附件12），加盖定点医疗机构医疗保险办公室章，相关费用可纳入本次住院费用直接结算。

第五十一条 参保人员住院治疗过程跨自然年度时，异地就医定点医疗机构应以出院日期为结算时点，按一笔费用整体结算，将医疗费用信息传回参保地。参保地应按照出院日期所在年度核定医保待遇。

参保人员就医结束未结算，次年到异地就医定点医药机构办理直接结算的，参保地应按照出院日期所在年度核定医保待遇。

第五十二条 参保人员在就医地异地就医定点医药机构凭医保电子凭证或者社会保障卡等有效凭证就医购药，根据《湖北省异地就医住院结算单》（见附件13）、医疗收费票据等，结清应由个人负担的费用，就医地经办机构与异地就医定点医药机构按医保服务协议结算医保基金支付的费用。

第五十三条 作为就医地，省级经办机构应在参保人员发生住院费用跨省直接结算后3日内将医疗费用明细上传国家跨省异地就医管理子系统。作为参保地，市（州）经办机构可在省医疗保障信息平台查询和下载参保人在外省就医的医药费用及其明细项目。

第五十四条 国家跨省异地就医管理子系统每日自动生成日对账信息，实现参保地、就医地省级异地就医结算系统和国家跨省异地就医管理子系统的三方对账，做到数据相符。参保地经办机构应每日完成当日结算信息对账，每月3日前作为参保地完成上月所有结算费用的对账。如出现对账信息不符的情况，市（州）经办机构应及时查明原因，必要时提请省级经办机构协调处理。

第五十五条 异地就医定点医药机构应每日与省医疗保障信息平台开展对账，对账不相符的信息应在5个工作日内处理完毕，确保数据相符。

第五十六条 每月16日前，异地就医定点医药机构要向省医疗保障信息平台申报已对账的上月异地就医结算费用，推迟申报不得超过2个月。住院结算费用、普通门诊结算费用和门诊慢特病结算费用应一并申报。

第五十七条 就医地经办机构通过智能审核、人工审核等方式，对医保结算数据进行审核，审核结果通过省医疗保障信息平台发布。每月16日前，就医地经办机构对审核结果进行确认后纳入清算。核定的违规费用在各定点医药机构结算费用中予以拒付。

第五十八条 异地就医发生的医疗费用由就医地经办机构按照就医地规定进行费用审核，对发生的不符合规定的医疗费用按就医地医保服务协议约定予以扣除，对发生的符合规定的医疗费用按就医地医保服务协议约定予以拨付。

第五十九条 各市（州）要支持参保人员普通门诊费用异地直接结算后合理的退费需求，提供隔笔退费、跨年退费和清算后退费服务。

第六十条 参保人员异地就医备案后，因结算网络系统、就诊凭证等故障导致无法直接结算的，相关医疗费用可回参保地手工报销，参保地经办机构按参保地规定为参保人员报销相关医疗费用。

第八章 费用清算

第六十一条 异地就医费用清算是指省级经办机构之间、省级经办机构与市（州）经办机构之间确认有关异地就医医疗费用的应收或应付金额，据实划拨的过程。

第六十二条 每月21日，国家级经办机构根据就医地经办机构与定点医药机构对账确认后的医疗费用，及各省提交的审核扣款数据，生成全国跨省异地就医费用清算数据，省级经办机构通过国家跨省异地就医管理子系统查询本省的清算信息，于每月25日前确认。

第六十三条 每月底，国家级经办机构根据确认后的全国跨省异地就医费用清算数据，生成跨省异地就医费用清算数据，在国家跨省异地就医管理子系统发布。

第六十四条 每月底，省级经办机构通过国家跨省异地就医管理子系统下载跨省异地就医费用收付款通知书，于5个工作日内提交省级财政部门，财政部门对经办机构提交的清算单和用款申请计划审核无误后10个工作日内完成资金划拨。省级财政部门在完成清算资金拨付、收款后，在5个工作日内将划拨及收款信息反馈到省级经办机构，省级经办机构向国家级经办机构反馈到账信息。原则上，当期清算资金应于下期清算前完成拨付。

第六十五条 次月初，省级经办机构根据国家经办机构发布的全国跨省异地就医费用清算数据，在省医疗保障信息平台生成各市（州）跨省异地就医清算数据，包括《湖北省跨省异地就医费用清算表》（见附件14）、《 市（州）跨省异地就医清算费用付款通知书》（见附件15）、《 市（州）跨省异地就医应付医疗费用清算表》（见附件15-1）、《 市（州）跨省异地就医职工医保基金应付明细表》（见附件15-2）、《 市（州）跨省异地就医居民医保基金应付明细表》（见附件15-3）、《 市（州）跨省异地就医医保基金审核扣款明细表》（见附件15-4）、《 市（州）跨省异地就医职工医保基金审核扣款明细表》（见附件15-5）、《 市（州）跨省异地就医居民医保基金审核扣款明细表》（见附件15-6）、《 市（州）跨省异地就医清算费用收款通知书》（见附件16）《 市（州）跨省异地就医应收医疗费用清算表》（见附件16-1）。

第六十六条 次月初，省级经办机构根据异地就医定点医药机构申报的结算数据和就医地审核扣款数据，在省医疗保障信息平台生成各市（州）省内异地就医清算数据，包括《湖北省省内异地就医费用清算表》（见附件17）、《 市（州）省内异地就医清算费用付款通知书》（见附件18）、《 市（州）省内异地就医应付医疗费用清算表》（见附件18-1）、《 市（州）省内异地就医职工医保基金应付明细表》（见附件18-2）、《 市（州）省内异地就医居民医保基金应付明细表》（见附件18-3）、《 市（州）省内异地就医医保基金审核扣款明细表》（见附件18-4）、《 市（州）省内异地就医职工医保基金审核扣款明细表》（见附件18-5）、《 市（州）省内异地就医居民医保基金审核扣款明细表》（见附件18-6）、《 市（州）省内异地就医清算费用收款通知书》（见附件19）《 市（州）省内异地就医应收医疗费用清算表》（见附件19-1）。

第六十七条 市（州）经办机构收到异地就医费用收付款通知书后5个工作日内提交同级财政部门，财政部门对经办机构提交的清算单和用款申请计划审核无误后10个工作日内完成资金划拨。完成上解和划拨后5个工作日内，市（州）经办机构要在省医疗保障信息平台完成收付款确认。原则上，当期清算资金应于下期清算前完成拨付。跨省和省内清算资金原则上同期拨付。

第六十八条 各市（州）财政部门要将所辖县（市、区）基本医保、大病保险（大额医疗费用补助）、医疗救助等异地就医清算费用统一划拨。各市（州）要在付款摘要中注明“清算期号”、“付款单位”、“省内/跨省”、“预付金/清算资金”等信息。

第六十九条 市（州）经办机构要于收到省级经办机构下发的异地就医清算费用付款通知书20个工作日内完成对本地异地就医定点医药机构的拨付。鼓励市（州）经办机构对异地就医定点医药机构预付费用。

第七十条 原则上当年发生的异地就医直接结算费用，最晚应于次年第一季度清算完毕。

第七十一条 就医地经办机构对异地就医定点医药机构的结算费用完成审核并清算后，新发现违规费用或需回退费用，可进行补扣补支，纳入下一期清算。

第七十二条 异地就医定点医药机构应完善本机构信息系统，根据本机构申报成功的结算数据和省医疗保障信息平台确认的审核扣款数据，展示异地就医应收款数据。

第九章 审核检查

第七十三条 异地就医医疗服务实行就医地管理。就医地经办机构要将异地就医直接结算工作纳入定点医药机构协议管理范围，细化和完善协议条款，将直接结算率纳入服务协议管理考核范围，保障参保人员权益。

第七十四条 就医地经办机构应当对查实的违法违规行为按医保服务协议相关约定执行，涉及欺诈骗保等重大违法违规行为应按程序报请医保行政部门处理，并将查实的重大违法违规情况逐级上报省级医保部门。

第七十五条 就医地经办机构对异地就医定点医药机构违规行为涉及的医药费用不予支付，已支付的违规费用予以扣除，用于冲减参保地异地就医直接结算费用。对异地就医定点医药机构违反医保服务协议约定并处以违约金的，由就医地经办机构按规定处理。

第七十六条 异地就医定点医疗机构应将审核扣款、质量保证金扣减、违约金等费用，及时作相应财务处理，不得作为医保未支付金额挂账。

第七十七条 省级经办机构适时组织各市（州）经办机构通过巡查抽查、交叉互查、第三方评审等方式，开展异地就医联审互查工作，将就医地落实异地就医费用审核管理责任情况纳入经办机构规范建设考评指标，结合国家医保局飞行检查、第三方行风评价等工作进行考核评价。省级经办机构负责协调处理因费用审核、资金拨付发生的争议及纠纷。

第七十八条 各级经办机构应加强异地就医费用审核，建立异地就医直接结算运行监控制度，健全医保基金运行风险评估预警机制，对异地就医次均费用水平、医疗费用涨幅、报销比例等重点指标进行跟踪监测，定期编报异地就医直接结算运行分析报告。

第十章 业务协同

第七十九条 异地就医业务协同管理工作实行统一管理，分级负责。国家级经办机构负责统一组织、协调省际业务协同管理工作，省级医保部门负责统一组织、协调并实施异地就医结算业务协同管理工作，市（州）医保部门按国家和省级要求做好业务协同工作。市（州）经办机构可依托国家跨省异地就医管理子系统业务协同管理模块等多种渠道发起问题协同，并按要求做好问题响应和处理。

第八十条 作为参保地，市（州）医保部门对一次性住院医疗总费用超过3万元(含3万元)的疑似违规费用，可以通过国家跨省异地就医管理子系统提出费用协查申请。申请费用协查时，需提交待协查参保人员身份证号码、姓名、性别、医疗服务机构名称、住院号、发票号码、入院日期、出院日期、费用总额等必要信息，以确保待协查信息准确。

国家跨省异地就医管理子系统每月26日零时生成上月26日至当月25日全国跨省异地就医结算费用协查申请汇总表，各市（州）医保部门通过国家跨省异地就医管理子系统下载当期汇总表，并通过本地医保信息系统进行核查，已生成申请汇总表的费用协查申请原则上不予修改或删除。

作为就医地，市（州）医保部门接到本期汇总表后，原则上需于次月26日前完成本期费用协查工作，并及时上传费用协查结果至国家跨省异地就医管理子系统。遇有特殊情况确需延期办理的，自动记录至下一期，并记入本期完成情况统计监测。协查结果分为“核查无误”和“核查有误”两类，如协查信息与实际信息不符，需填写“核查有误”的具体原因方能上传结果。

参保地医保部门收到就医地医保部门返回的协查结果后，5个工作日内在国家跨省异地就医管理子系统上进行确认。对协查结果存在异议的，应及时与就医地医保部门进行沟通处理。

第八十一条 各市（州）医保部门可根据异地就医结算业务协同问题的紧急程度，通过国家跨省异地就医管理子系统提出问题协同申请，需明确待协同机构、主要协同事项、问题类型等，针对特定参保人员的问题协同需标明参保人员身份信息，其中备案类问题需在2个工作日内回复，系统故障类问题需在1个工作日内回复，其他类问题回复时间最长不超过10个工作日。

问题协同遵循第一响应人责任制，各级医保部门在接收协同申请后即作为第一响应人，需在规定时限内完成问题处理，根据实际情况标注问题类型，并在国家跨省异地就医管理子系统上进行问题处理登记，确需其他机构协助的，可在问题处理登记时详细列出其他协同机构。如不能按期完成需及时与申请地沟通延长处理时限。

各级医保部门需在收到协同地区处理结果后进行“处理结果确认”，明确问题处理结果。超过10个工作日未确认的，国家跨省异地就医管理子系统默认结果确认。对问题处理结果有异议的或尚未解决的，可重新发起问题协同，申请上一级医保部门进行协调处理。

第八十二条 市（州）医保部门发现本地参保人员在异地的就医行为存在违法违规问题、以及该参保人员异地就医的定点机构存在违法违规违约问题线索时，可通过国家跨省异地就医管理子系统业务协同功能向就医地医保部门移交问题线索。

第八十三条 市（州）医保部门可通过国家跨省异地就医管理子系统发布停机公告、医保政策等信息，实现医保经办信息共享。

第八十四条 异地就医定点医药机构要将未直接结算的参保人员医药费用明细和疾病诊断信息，于10个工作日内上传省医疗保障信息平台。异地就医定点医药机构未按时上传数据的，由就医地医保经办机构督促定点医药机构补传数据。

第八十五条 推进异地就医手工报销线上办理，参保人员因故无法直接结算回参保地手工报销的，参保地经办机构可依托异地就医定点医药机构上传至省医疗保障信息平台的医疗费用明细、诊断等就诊信息实现线上报销。

第十一章 附则

第八十六条 异地就医医疗费用结算和清算过程中形成的预付款项和暂收款项按相关会计制度规定进行核算。

第八十七条 异地就医业务档案由参保地经办机构和就医地经办机构按其办理的业务分别保管。

第八十八条 生育保险费用暂不纳入异地就医直接结算范围。

第八十九条 各市（州）医保部门可根据本规程，制定本地区异地就医直接结算实施细则。

第九十条 本规程由湖北省医疗保障局负责解释。

第九十一条 本规程自2023年1月1日起实施。以往文件规定与本规程不一致的，以本规程为准。国家和省另有规定的，从其规定。

附件：1.湖北省异地就医登记备案表

2.基本医疗保险异地就医备案个人承诺书

3. 市(州)跨省异地就医预付金付款通知书

4. 市（州）跨省异地就医预付金额度调整付款通知书

5. 市（州）跨省异地就医预付金紧急调增付款通知书

6.跨省异地就医省级财政收款专户银行账号明细表

7. 市（州）省内异地就医预付金付款通知书

8. 市（州）省内异地就医预付金收款通知书

9. 市（州）省内异地就医预付金额度调整付款通知书

10. 市（州）省内异地就医预付金额度调整收款通知书

11.外伤无第三方责任承诺书

12.住院期间外院检查治疗或定点药店购药单

13.湖北省异地就医住院结算单

14.湖北省跨省异地就医费用清算表

15. 市(州)跨省异地就医清算费用付款通知书

15-1. 市(州)跨省异地就医应付医疗费用清算表

15-2. 市(州)跨省异地就医职工医保基金应付明细表

15-3. 市(州)跨省异地就医居民医保基金应付明细表

15-4. 市(州)跨省异地就医医保基金审核扣款明细表

15-5. 市(州)跨省异地就医职工医保基金审核扣

款明细表

15-6. 市(州)跨省异地就医居民医保基金审核扣

款明细表

16. 市(州)跨省异地就医费用收款通知书

16-1. 市(州)跨省异地就医应收医疗费用清算表

17.湖北省省内异地就医费用清算表

18. 市(州)省内异地就医清算费用付款通知书

18-1. 市(州)省内异地就医应付医疗费用清算表

18-2. 市(州)省内异地就医职工医保基金应付明细表

18-3. 市(州)省内异地就医居民医保基金应付明细表

18-4. 市(州)省内异地就医医保基金审核扣款明细表

18-5. 市(州)省内异地就医职工医保基金审核扣

款明细表

18-6. 市(州)省内异地就医居民医保基金审核扣

款明细表

19. 市(州)省内异地就医清算费用收款通知书

19-1. 市(州)省内异地就医应收医疗费用清算表

20.跨省异医备案、预付金、结算、清算流程图

附件1

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 备案编号： | | | | | | | |
| 湖北省异地就医登记备案表 | | | | | | | |
| 姓 名 |  | 性别 |  | | 险 种 | | 1.职工医保 2.居民医保 |
| 人员类别 | 1.异地安置退休人员  2.异地长期居住人员 3.常驻异地工作人员 4.异地转诊人员   1. 其他临时外出就医人员 | | 登记类别 | | 1.新增 2.变更 | | |
| 社会保障号码 |  | | 社会保障卡卡号 (可选） | |  | | |
| 参保地 家庭住址 |  | | 异地联系地址 | |  | | |
| 联系电话1 |  | | 联系电话2 | |  | | |
| 转往省 （市、区） |  | | 转往地区 (市、州) | |  | | |
| **温馨提示**  1.异地就医直接结算执行就医地规定的支付范围及有关规定、参保地规定的基本医疗保险基金起付标、支付比例、最高支付限额、门诊慢特病病种范围等有关政策。  2.办理备案时直接备案到就医地市或直辖市。参保人员根据病情、居住地、交通等情况，自主选择就医地开通的异地就医定点医疗机构住院就医。  3.到海南、西藏等省级统筹的省份和新疆生产建设兵团就医的，可备案到就医省份和新疆生产建设兵团。  4.参保人员在异地普通门诊就诊和药店购药时，无需办理异地就医备案即可在就医地开通的异地就医定点医药机构直接结算。门诊慢特病异地就医直接结算时，需要办理异地备案手续。  5.未按规定办理登记备案手续，或在就医地非异地就医直接结算定点医疗机构发生的医疗费用，按参保地现有规定执行。  6.异地就医直接结算时，应使用医保电子凭证或社会保障卡办理结算。 | | | | | | | |
| 本人 （被委托人） 签名 |  | | | 填表日期 | |  | |
| 经办机构： 联系电话: 经办人: 经办日期: | | | | | | | |

附件2

基本医疗保险异地就医备案个人承诺书

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 联系电话 |  | |
| 身份证件号码 |  | | 参保地 |  | 就医地 |  |
| 人员类别 | 异地安置退休人员  异地长期居住人员  常驻异地工作人员 | | | | | |
| 参保地异地就医备案告知书  （由参保地经办机构填写） | | | | | | |
| **承诺事项：**  本人申请办理异地就医备案业务，已阅读并知晓《备案告知书》所述内容，同意遵守相关规定。因个人原因无法提供异地就医备案相关证明材料，本人保证符合此业务办理条件，所述信息真实、准确、完整、有效，愿意接受信息共享查询核验，由此产生的一切经济损失和法律责任均由本人承担。  承诺人（签名）：  年 月 日 | | | | | | |
| 说明 | 本表由参保人员填写，由医保经办部门存档，两年内不得销毁。 | | | | | |

附件3

市（州）跨省异地就医预付金

付款通知书

（经办机构）：

请你单位将XXXX年跨省异地就医预付金 万元于签章之日起15个工作日内拨付至省级社会保障基金财政专户。

签章单位

XXXX年XX月XX日

附件4

市（州）跨省异地就医预付金

额度调整付款通知书

（经办机构）：

根据《国家医疗保障局 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），按照国家医疗保障局医疗保障事业管理中心下达的跨省异地就医费用付款通知书金额，请你单位将XXXX年跨省异地就医预付金于签章之日起15个工作日内拨付至省级社会保障基金财政专户。具体明细如下：

跨省异地就医预付金额度调整付款表

预付金年度：XXXX年 单位：万元

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 地区 | 历年上解额度 | 本年核定额度 | 本年实际上解额度 |
| 1 | 2 | 3=2-1 |
|  |  |  |  |

签章单位

XXXX年XX月XX日

附件5

市（州）跨省异地就医预付金

紧急调增付款通知书

（经办机构）：

根据《国家医疗保障局 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），按照国家医疗保障局医疗保障事业管理中心下达的紧急调增通知，请你单位于签章之日起15个工作日内补充拨付跨省异地就医预付金 万元至省级社会保障基金财政专户。

签章单位

XXXX年XX月XX日

附件6

跨省异地就医省级财政收款专户银行账号明细表

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

附件7

市（州）省内异地就医预付金

付款通知书

（经办机构）：

请你单位将XXXX年省内异地就医预付金 万元于签章之日起15个工作日内拨付至武汉市社会保障基金财政专户。

签章单位

XXXX年XX月XX日

附件8

市（州）省内异地就医预付金

收款通知书

（经办机构）：

你单位XXXX年省内异地就医预付金收款明细如下：

省内异地就医预付金收款表

预付金年度：XXXX年

收款方：XX市（州） 单位：万元

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 地区 | 金额 | 地区 | 金额 |
| 湖北省省本级 |  | 黄石市 |  |
| 十堰市 |  | 宜昌市 |  |
| 襄阳市 |  | 鄂州市 |  |
| 荆门市 |  | 孝感市 |  |
| 荆州市 |  | 黄冈市 |  |
| 咸宁市 |  | 随州市 |  |
| 恩施州 |  | 仙桃市 |  |
| 潜江市 |  | 天门市 |  |
| 神农架林区 |  |  |  |
| 合计 |  | | |

签章单位

XXXX年XX月XX日

附件9

市（州）省内异地就医预付金

额度调整付款通知书

（经办机构）：

请你单位将XXXX年省内异地就医预付金 万元于签章之日起15个工作日内拨付至拨付至武汉市社会保障基金财政专户。

签章单位

XXXX年XX月XX日

附件10

市（州）省内异地就医预付金

额度调整收款通知书

（经办机构）：

你单位XXXX年省内异地就医预付金收款明细如下：

省内异地就医预付金额度调整收款表

预付金年度：XXXX年

收款方：XX市（州） 单位：万元

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 地区 | 金额 | 地区 | 金额 |
| 湖北省省本级 |  | 黄石市 |  |
| 十堰市 |  | 宜昌市 |  |
| 襄阳市 |  | 鄂州市 |  |
| 荆门市 |  | 孝感市 |  |
| 荆州市 |  | 黄冈市 |  |
| 咸宁市 |  | 随州市 |  |
| 恩施州 |  | 仙桃市 |  |
| 潜江市 |  | 天门市 |  |
| 神农架林区 |  |  |  |
| 合计 |  | | |

签章单位

XXXX年XX月XX日

附件11

外伤无第三方责任承诺书

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 承诺人 |  | 联系电话 |  |
| 证件类型 |  | 证件号码 |  |
| 承诺事项 | **外伤无第三方责任** | | |
| 承诺内容：  本人同意授权 医保经办机构通过信息共享方式查询本人与办理医保业务相关的信息，承诺所提供材料均为真实合法，符合办理业务条件，如伪造材料或以任何方式骗取医疗保险待遇的，本人愿意承担一切后果；**同意 医保经办机构将本人虚假行为上报和纳入信用管理体系**，并就本次办理业务的其他承诺内容陈述如下：  **本人于 年 月 日 时在 （地点）发生 （外伤经过）。现承诺本次意外受伤与第三方责任或工伤责任无关，如与第三方责任或工伤责任有关，则将已享受的医保待遇全额退回医保，并承担相应的法律责任。**  **温馨提示：**  **1.反欺诈法律提示：以虚构劳动关系、伪造证明材料或者其他手段骗取基本医疗保险待遇和生育保险待遇的，属于刑法第二百六十六条规定的诈骗公私财物的行为，将依法追究刑事责任。**  **2.此表可现场填写，由承诺人本人手写签名，患者本人无法签字的由其近亲属代签，并填写身份证号码和联系方式。**  承诺人（签名）：  日期： 年 月 日 | | | |

附件12

### 住院期间外院检查治疗或定点药店购药单

姓名 性别 年龄 科别

证件类型 证件号码

诊断

外检定点医院或外购定点药店名称：

外检项目或外购药品：

外检或外购药原因：

医师签字：

定点医疗机构医疗保险办公室盖章

日期：XXXX年XX月XX日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件13 | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 湖北省异地就医住院结算单 | | | | | | | | | |
| 单位： 元（保留两位小数） | | | | | | | | | |
| 患者姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 社会保障  号码 |  | 社会保障卡卡号（可选） |  |
| 就医地 |  | | | 医院名称 |  | | | | |
| 参保地 |  | | | 险种类型 |  | | | 医院等级 |  |
| 入院方式 |  | | | 住院号 |  | | | 出院科室 |  |
| 主要诊断 |  | | | 次要诊断 |  | | | | |
| 入院日期 |  | | | 出院日期 |  | | | 住院天数 |  |
| 总费用 |  | 统筹基金支付范围内费用 |  | 乙类先行自付费用 |  | 超限价自付 费用 |  | 自费费用 |  |
| 基金支付合计金额 | | |  | | | 医院承担 | |  | |
| #参保地基金1 | | |  | | | 个人现金支付金额 | |  | |
| #参保地基金2 | | |  | | | 本次起付标准 | |  | |
| #参保地基金3 | | |  | | | 结算后个人账户余额 | |  | |
| #参保地基金4 | | |  | | |  | |  | |
| #参保地基金5 | | |  | | |  | |  | |
| …… | | |  | | |  | |  | |
| 注：1.参保地基金按照参保地返回的基金款项名称打印  2.总费用=统筹基金支付范围内费用+乙类先行自付费用+超限价自付费用+自费费用  3.总费用=基金支付合计金额+个人现金支付金额 | | | | | | | | | |

附件14

湖北省跨省异地就医费用清算表

制表单位：（经办机构签章） 清算月份：XXXX年XX月 单位：元（保留两位小数）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 地区 | | 武汉市 | | 黄石市 | | 十堰市 | | ...... | | 神农架 | | 湖北省省本级 | | 合计 |
| 应收 | 应付 | 应收 | 应付 | 应收 | 应付 | 应收 | 应付 | 应收 | 应付 | 应收 | 应付 |  |
| 应收 | 北京市 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 应付 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 应收 | 天津市 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 应付 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 应收 | 河北省 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 应付 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 应收 | 山西省 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 应付 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ...... |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 应收 | 合计 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 应付 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附件15

市（州）跨省异地就医

清算费用付款通知书

（经办机构）：

请你单位将XXXX年XX月跨省异地就医清算费用于签章之日起15个工作日内拨付至省级社会保障基金财政专户。付款明细清单如下：

跨省异地就医清算费用付款汇总表

清算月份：XXXX年XX月

付款方：XX市（州） 单位：元（保留两位小数）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 地区 | 金额 | 地区 | 金额 |
| 北 京 |  | 天 津 |  |
| 河 北 |  | 山 西 |  |
| 内蒙古 |  | 辽 宁 |  |
| 吉 林 |  | 黑龙江 |  |
| 上 海 |  | 江 苏 |  |
| 浙 江 |  | 安 徽 |  |
| 福 建 |  | 江 西 |  |
| 山 东 |  | 河 南 |  |
| …… |  |  |  |
| 合计 |  | | |

签章单位

XXXX年XX月XX日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件15-1 |  |  |  | |
| 市（州）跨省异地就医应付医疗费用清算表 | | | | |
| 制表单位：（经办机构签章） | | 清算月份：XXXX年XX月 | 单位：元（保留两位小数） | |
| **地 区** | **合计** | **职工医保** | | **居民医保** |
| 北 京 |  |  | |  |
| 河 北 |  |  | |  |
| 内蒙古 |  |  | |  |
| 吉 林 |  |  | |  |
| 上 海 |  |  | |  |
| 浙 江 |  |  | |  |
| 福 建 |  |  | |  |
| …… |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
| 合 计 |  |  | |  |
|  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件15-2 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 市（州）跨省异地就医职工医保基金应付明细表 | | | | | | | | | |  |
| 制表单位：（经办机构签章） | | | 清算月份：XXXX年XX月 | | |  | 单位：元（保留两位小数） | | |  |
| **项目**  **地区** | **基本医疗保险** | | **职工大额医疗费用补助** | **补充医疗**  **保险** | **公务员**  **医疗补助** | **伤残人员医疗保障** | **医疗救助** | **其他** | **审核扣款** | **合计** |
| **统筹基金** | **个人**  **账户** |
| 北 京 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 河 北 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 内蒙古 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 吉 林 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 上 海 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 浙 江 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合 计 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 注：1.统筹基金归集属于基本医疗保险统筹基金支付的医疗费用  2.个人账户基金归集基本医疗保险个人账户支付的医疗费用  3.职工大额医疗费用补助基金归集参加职工基本医疗保险后，二次投保用于支付超过基本医疗保险基金最高支付限额以上医疗费用  4.补充医疗保险基金归集由经办机构管理的其他补充医疗保险基金支付的医疗费用  5.公务员医疗补助基金归集实施公务员医疗补助办法支付的医疗费用  6.伤残人员医疗保障基金归集二等乙级以上革命伤残军人医疗费用  7.医疗救助归集按规定支付给低保对象、特困人员等符合条件救助对象的医疗费用  8.其他归集非以上项目医疗费用 | | | | | | | | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件15-3 | |  |  |  |  | |  |  | |  |
|  | 市（州）跨省异地就医居民医保基金应付明细表 | | | | | | | | | |
| 制表单位：（经办机构签章） | | 清算月份：XXXX年XX月 | | | | 单位：元（保留两位小数） | | | | |
| **项目**  **地区** | | **基本医疗保险** | | **城乡居民**  **大病保险** | **医疗救助** | | **补充医保** | **其 他** | **审核扣款** | **合 计** |
| 北 京 | |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 河 北 | |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 内蒙古 | |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 吉 林 | |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 上 海 | |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 浙 江 | |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 福 建 | |  | |  |  | |  |  |  |  |
| …… | |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 合 计 | |  | |  |  | |  |  |  |  |

注：1.基本医疗保险基金归集属于基本医疗保险统筹基金支付的医疗费用

2.城乡居民大病保险基金归集属于城乡居民大病保险基金支付的医疗费用

3.医疗救助归集按规定支付给低保对象、特困人员等符合条件救助对象的医疗费用

4.其他归集非以上项目医疗费用

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件15-4 | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 市（州）跨省异地就医医保基金审核扣款明细表 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 制表单位：（经办机构签章） 清算月份：XXXX年XX月 单位：元（保留两位小数） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **地 区** | | **合计** | | | | **职工医保** | | | | | | | | | **居民医保** | | | | | | | | |
| 北 京 | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 河 北 | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 内蒙古 | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 吉 林 | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 上 海 | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 浙 江 | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 福 建 | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| …… | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 合 计 | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 附件15-5 | | | |  |  | | |  |  | | | | |  | | |  |  | | |  | |  | | |
| 市（州）跨省异地就医职工医保基金审核扣款明细表 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 制表单位：（经办机构签章） | | | | 清算月份：XXXX年XX月 | | | | | | | | | | | | |  | 单位：元（保留两位小数） | | | | | | | |
| **项目 地区** | | | | **基本医疗保险基金** | | | | **职工大额医疗费用补助** | **补充医疗保险** | | | | | **公务员医疗补助** | | | **伤残人员医疗保障** | **医疗救助** | | | **其 他** | | **合 计** | | |
| **统筹**  **基金** | **个人**  **账户** | | |
| 北 京 | | | |  |  | | |  |  | | | | |  | | |  |  | | |  | |  | | |
| 河 北 | | | |  |  | | |  |  | | | | |  | | |  |  | | |  | |  | | |
| 内蒙古 | | | |  |  | | |  |  | | | | |  | | |  |  | | |  | |  | | |
| 吉 林 | | | |  |  | | |  |  | | | | |  | | |  |  | | |  | |  | | |
| 上 海 | | | |  |  | | |  |  | | | | |  | | |  |  | | |  | |  | | |
| 浙 江 | | | |  |  | | |  |  | | | | |  | | |  |  | | |  | |  | | |
| 福 建 | | | |  |  | | |  |  | | | | |  | | |  |  | | |  | |  | | |
| …… | | | |  |  | | |  |  | | | | |  | | |  |  | | |  | |  | | |
| 合 计 | | | |  |  | | |  |  | | | | |  | | |  |  | | |  | |  | | |
| 注：1.统筹基金归集属于基本医疗保险统筹基金支付的医疗费用  2.个人账户基金归集基本医疗保险个人账户支付的医疗费用  3.职工大额医疗费用补助基金归集参加职工基本医疗保险后，二次投保用于支付超过基本医疗保险基金最高支付限额以上医疗费用  4.补充医疗保险基金归集由经办机构管理的其他补充医疗保险基金支付的医疗费用  5.公务员医疗补助基金归集实施公务员医疗补助办法支付的医疗费用  6.伤残人员医疗保障基金归集二等乙级以上革命伤残军人医疗费用  7.医疗救助归集按规定支付给低保对象、特困人员等符合条件救助对象的医疗费用  8.其他归集非以上项目医疗费用 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 附件15-6 | |  | | | | | | | | |  |  |  | | | | | | |  | | | |  | |
| 市（州）跨省异地就医居民医保基金审核扣款明细表 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 制表单位：（经办机构签章） | | 清算月份：XXXX年XX月 | | | | | | | | |  |  | 单位：元（保留两位小数） | | | | | | | | | | | | |
| **项目**  **地区** | | **基本医疗保险** | | | | **城乡居民大病保险** | | | | **医疗救助** | | | | | **补充医保** | | | | **其他** | | | **合计** | | | |
|
| 北 京 | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | |  | | | |
| 河 北 | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | |  | | | |
| 内蒙古 | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | |  | | | |
| 吉 林 | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | |  | | | |
| 上 海 | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | |  | | | |
| 浙 江 | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | |  | | | |
| 福 建 | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | |  | | | |
| …… | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | |  | | | |
| 合 计 | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | |  | | | |
| 注：1.基本医疗保险基金归集属于基本医疗保险统筹基金支付的医疗费用  2城乡居民大病保险基金归集属于城乡居民大病保险基金支付的医疗费用  3.医疗救助归集按规定支付给低保对象、特困人员等符合条件救助对象的医疗费用  4.其他归集非以上项目医疗费用 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

附件16

市（州）跨省异地就医收款通知书

（经办机构）：

XXXX年XX月跨省异地就医清算费用收款明细如下：

跨省异地就医清算费用收款汇总表

清算月份：XXXX年XX月

付款方：XX市（州） 单位：元（保留两位小数）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **地 区** | **金 额** | **地 区** | **金 额** |
| 北 京 |  | 天 津 |  |
| 河 北 |  | 山 西 |  |
| 内蒙古 |  | 辽 宁 |  |
| 吉 林 |  | 黑龙江 |  |
| 上 海 |  | 江 苏 |  |
| 浙 江 |  | 安 徽 |  |
| 福 建 |  | 江 西 |  |
| 山 东 |  | 河 南 |  |
| …… |  |  |  |
| 合计 |  | | |

签章单位

XXXX年XX月XX日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 附件16-1 |  |  |  |
| 市（州）跨省异地就医应收医疗费用清算表 | | | |
| 制表单位：（经办机构签章） |  | 清算月份：XXXX年XX月 | 单位：元（保留两位小数） |
| **地 区** | **合计** | **职工医保** | **居民医保** |
| 北 京 |  |  |  |
| 河 北 |  |  |  |
| 内蒙古 |  |  |  |
| 吉 林 |  |  |  |
| 上 海 |  |  |  |
| 浙 江 |  |  |  |
| 福 建 |  |  |  |
| 江 西 |  |  |  |
| 山 东 |  |  |  |
| …… |  |  |  |
| 合 计 |  |  |  |
|  | | | |

附件17

湖北省省内异地就医费用清算表

制表单位：（经办机构签章） 清算月份：XXXX年XX月 单位：元（保留两位小数）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 地区 | 应收合计 | 应付合计 | 武汉市 | | 黄石市 | | ...... | | 神农架 | | 省本级 | | 合计 | |
| 应收 | 应付 | 应收 | 应付 | 应收 | 应付 | 应收 | 应付 | 应收 | 应付 | 应收 | 应付 |
| 武汉市 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 黄石市 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 十堰市 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 宜昌市 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 襄阳市 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 鄂州市 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 荆门市 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 孝感市 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ...... |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 湖北省 省本级 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附件18

市（州）省内异地就医

清算费用付款通知书

（经办机构）

请你单位将XXXX年XX月省内异地就医清算费用于签章之日起15个工作日内拨付至各市（州）结算账户。付款明细清单如下：

省内异地就医清算费用付款汇总表

清算月份：XXXX年XX月

付款方：XX市（州） 单位：元（保留两位小数）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **收款单位** | **金额** | **收款单位** | **金额** |
| 武汉市 |  | 黄石市 |  |
| 十堰市 |  | 宜昌市 |  |
| 襄阳市 |  | 鄂州市 |  |
| 荆门市 |  | 孝感市 |  |
| 荆州市 |  | 黄冈市 |  |
| 咸宁市 |  | 随州市 |  |
| 恩施州 |  | 仙桃市 |  |
| 潜江市 |  | 天门市 |  |
| 神农架林区 |  |  |  |
| 合计 |  | | |

签章单位

XXXX年XX月XX日

附件18-1

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 市（州）省内异地就医应付医疗费用清算表 | | | | |
| 制表单位：（经办机构签章） | | 清算月份：XXXX年XX月 | 单位：元（保留两位小数） | |
| **地 区** | **合计** | **职工医保** | | **居民医保** |
| 武汉市 |  |  | |  |
| 黄石市 |  |  | |  |
| 十堰市 |  |  | |  |
| 宜昌市 |  |  | |  |
| 襄阳市 |  |  | |  |
| 鄂州市 |  |  | |  |
| 荆门市 |  |  | |  |
| …… |  |  | |  |
| 合 计 |  |  | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件18-2 |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
| 市（州）省内异地就医职工医保基金应付明细表 | | | | | | | | | | |
| 制表单位：（经办机构签章） | |  | 清算月份：XXXX年XX月 | | |  | 单位：元（保留两位小数） | | | |
| **项目**  **地区** | **基本医疗保险** | | **职工大额医疗费用补助** | **补充医疗保险** | **公务员医疗补助** | **伤残人员医疗保障** | **医疗救助** | **其他** | **审核扣款** | **合计** |
| **统筹基金** | **个人账户** |
| 武汉市 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 黄石市 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 十堰市 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 宜昌市 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 襄阳市 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 鄂州市 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 荆门市 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合 计 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 注：1.统筹基金归集属于基本医疗保险统筹基金支付的医疗费用  2.个人账户基金归集基本医疗保险个人账户支付的医疗费用  3.职工大额医疗费用补助基金归集参加职工基本医疗保险后，二次投保用于支付超过基本医疗保险基金最高支付限额以上医疗费用  4.补充医疗保险基金归集由经办机构管理的其他补充医疗保险基金支付的医疗费用  5.公务员医疗补助基金归集实施公务员医疗补助办法支付的医疗费用  6.伤残人员医疗保障基金归集二等乙级以上革命伤残军人医疗费用  7.医疗救助归集按规定支付给低保对象、特困人员等符合条件救助对象的医疗费用  8.其他归集非以上项目医疗费用 | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件18-3 |  |  |  |  |  | |  |
| 市（州）省内异地就医居民医保基金应付明细表 | | | | | | | |
| 制表单位：（经办机构签章） |  |  | 清算月份：XXXX年XX月 | | | 单位：元（保留两位小数） | |
| **项目**  **地区** | **基本医疗保险** | | **城乡居民大病保险** | **医疗救助** | **补充医疗保险** | **其 他** | **合 计** |
|
| 武汉市 |  | |  |  |  |  |  |
| 黄石市 |  | |  |  |  |  |  |
| 十堰市 |  | |  |  |  |  |  |
| 宜昌市 |  | |  |  |  |  |  |
| 襄阳市 |  | |  |  |  |  |  |
| 鄂州市 |  | |  |  |  |  |  |
| 荆门市 |  | |  |  |  |  |  |
| …… |  | |  |  |  |  |  |
| 合 计 |  | |  |  |  |  |  |

注：1.基本医疗保险基金归集属于基本医疗保险统筹基金支付的医疗费用

2.城乡居民大病保险基金归集属于城乡居民大病保险基金支付的医疗费用

3.医疗救助归集按规定支付给低保对象、特困人员等符合条件救助对象的医疗费用

4.其他归集非以上项目医疗费用

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件18-4 | | | |  | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 市（州）省内异地就医医保基金审核扣款明细表 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 制表单位：（经办机构签章） | | | |  | | | 清算月份：XXXX年XX月 | | | | | | | | 单位：元（保留两位小数） | | | | | | | |
| **地 区** | | | | **合计** | | | **职工医保** | | | | | | | | **居民医保** | | | | | | | |
| 武汉市 | | | |  | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 黄石市 | | | |  | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 十堰市 | | | |  | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 宜昌市 | | | |  | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 襄阳市 | | | |  | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 鄂州市 | | | |  | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 荆门市 | | | |  | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |
| …… | | | |  | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 合 计 | | | |  | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | |  | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 附件18-5 |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | | | |  | |  | |  | |
| 市（州）省内异地就医职工医保基金审核扣款明细表 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 制表单位：（经办机构签章） 清算月份：XXXX年XX月 | | | | | | | | | | | | | 单位：元（保留两位小数） | | | | | | | | | |
| **项目**  **地区** | **基本医疗保险基金** | | | | **职工大额医疗费用补助** | | | **补充医疗保险** | | **公务员医疗补助** | | | **伤残人员**  **医疗保障** | | | | **医疗救助** | | **其 他** | | **合 计** | |
| **统筹基金** | | **个人账户** | |
| 武汉市 |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | | | |  | |  | |  | |
| 黄石市 |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | | | |  | |  | |  | |
| 十堰市 |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | | | |  | |  | |  | |
| 宜昌市 |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | | | |  | |  | |  | |
| 襄阳市 |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | | | |  | |  | |  | |
| 鄂州市 |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | | | |  | |  | |  | |
| 荆门市 |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | | | |  | |  | |  | |
| …… |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | | | |  | |  | |  | |
| 合 计 |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | | | |  | |  | |  | |
| 注：1.统筹基金归集属于基本医疗保险统筹基金支付的医疗费用  2.个人账户基金归集基本医疗保险个人账户支付的医疗费用  3.职工大额医疗费用补助基金归集参加职工基本医疗保险后，二次投保用于支付超过基本医疗保险基金最高支付限额以上医疗费用  4.补充医疗保险基金归集由经办机构管理的其他补充医疗保险基金支付的医疗费用  5.公务员医疗补助基金归集实施公务员医疗补助办法支付的医疗费用  6.伤残人员医疗保障基金归集二等乙级以上革命伤残军人医疗费用  7.医疗救助归集按规定支付给低保对象、特困人员等符合条件救助对象的医疗费用  8.其他归集非以上项目医疗费用 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 附件18-6 | |  | | | | | | | | |  |  | | | |  | |  | | | |  |
| 市（州）省内异地就医居民医保基金审核扣款明细表 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 制表单位：（经办机构签章） | | 清算月份：XXXX年XX月 | | | | | | | | |  |  | | | | 单位：元（保留两位小数） | | | | | | |
| **项目**  **地区** | | **基本医疗保险** | | | | **城乡居民大病保险** | | | **医疗救助** | | | | | **补充医疗保险** | | | **其他** | | | **合计** | | |
|
| 武汉市 | |  | | | |  | | |  | | | | |  | | |  | | |  | | |
| 黄石市 | |  | | | |  | | |  | | | | |  | | |  | | |  | | |
| 十堰市 | |  | | | |  | | |  | | | | |  | | |  | | |  | | |
| 宜昌市 | |  | | | |  | | |  | | | | |  | | |  | | |  | | |
| 襄阳市 | |  | | | |  | | |  | | | | |  | | |  | | |  | | |
| 鄂州市 | |  | | | |  | | |  | | | | |  | | |  | | |  | | |
| 荆门市 | |  | | | |  | | |  | | | | |  | | |  | | |  | | |
| …… | |  | | | |  | | |  | | | | |  | | |  | | |  | | |
| 合 计 | |  | | | |  | | |  | | | | |  | | |  | | |  | | |

注：1.基本医疗保险基金归集属于基本医疗保险统筹基金支付的医疗费用

2城乡居民大病保险基金归集属于城乡居民大病保险基金支付的医疗费用

3.医疗救助归集按规定支付给低保对象、特困人员等符合条件救助对象的医疗费用

4.其他归集非以上项目医疗费

附件19

市（州）省内异地就医收款通知书

（经办机构）：

XXXX年XX月省内异地就医清算费用收款明细如下：

省内异地就医清算费用收款汇总表

清算月份：XXXX年XX月

收款方：XX市（州） 单位：元（保留两位小数）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 付款单位 | 金额 | 付款单位 | 金额 |
| 武汉市 |  | 黄石市 |  |
| 十堰市 |  | 宜昌市 |  |
| 襄阳市 |  | 鄂州市 |  |
| 荆门市 |  | 孝感市 |  |
| 荆州市 |  | 黄冈市 |  |
| 咸宁市 |  | 随州市 |  |
| 恩施州 |  | 仙桃市 |  |
| 潜江市 |  | 天门市 |  |
| 神农架林区 |  | 湖北省省本级 |  |
| 合计 |  | | |

签章单位

XXXX年XX月XX日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 附件19-1 |  |  |  |
| 市（州）省内异地就医应收医疗费用清算表 | | | |
| 制表单位：（经办机构签章） |  | 清算月份：XXXX年XX月 | 单位：元（保留两位小数） |
| **地 区** | **合计** | **职工医保** | **居民医保** |
| 武汉市 |  |  |  |
| 黄石市 |  |  |  |
| 十堰市 |  |  |  |
| 宜昌市 |  |  |  |
| 襄阳市 |  |  |  |
| 鄂州市 |  |  |  |
| 荆门市 |  |  |  |
| 孝感市 |  |  |  |
| 荆州市 |  |  |  |
| …… |  |  |  |
| 合 计 |  |  |  |
|  | | | |

附件20

