

附件2

宁夏医疗保障经办政务服务事项清单(2023年版)  
参考样表

# 表1:宁夏回族自治区基本医疗保险登记表

单位名称: (章)

统一社会信用代码							
单位类型		企业( ) 机关( ) 事业单位( ) 社会团体( )				民办非企业单位( ) 城镇个体工商	
企业信息	企业注册类型	100	内资	160	股份有限公司	230	港、澳、台独资
		110	国有全资	170	私有	240	港、澳、台投资股份有限公司
		120	集体全资	171	私有独资	290	其他港、澳、台投资
		130	股份合作	172	私有合伙	300	国外投资
		140	联营	173	私营有限责任公司	310	中外合资
		141	国有联营	174	私营股份有限公司	320	中外合作
		142	集体联营	175	个体经营	330	外资
		143	国有与集体联营	179	其他私有	340	国外投资股份有限公司
		149	其他联营	190	其他内资	390	其他国外投资
		150	有限责任公司	200	港、澳、台投资	900	其他
		151	国有独资(公司)	210	内地和港、澳、台合资	选择代码( )	
159	其他有限责任公司	220	内地和港、澳、台合作				
机关事业单位信息	事业单位类型	全额拨款( ) 差额拨款( ) 自收自支( )					
	批准成立信息	批准单位					
		批准日期					
批准文号							
法定代表人或负责人	姓名			手机、电话			
	公民身份证号						
缴费单位专管员	姓名			所在部门			
	电话			E-mail:			
隶属关系	地方( ) 中央驻宁( ) 外省市驻宁( ) 部队驻宁( )						
主管部门				开户银行			
开户单位名称				银行基本账号			
单位住所(地址)					邮编		
登记原因	新参保( ) 统筹范围转入( ) 跨统筹范围转入( ) 单位分立( ) 单位合并( )						
参保险种	基本医疗保险 ( )    大额医疗费用补助 ( ) 公务员医疗补助 ( )    生育保险 ( )						
单位声明	本单位依法申请上述险种登记, 承诺填报信息真实、准确、完整, 请予办理。  单位(盖章) 年 月 日						
经办机构意见	经办人签字: _____ 经办机构(盖章) _____ 年 月 日						

注: 本表填报一式两份, 登记单位、经办机构各一份。

## 表2：宁夏回族自治区参加基本医疗保险人员情况登记表

姓名		性别		学历		公民身份证号	
出生年月		参加工作时间		工作单位			
单位社会统一信用代码		专业技术职称					
身份界定	企业职工 <input type="checkbox"/> 职员 <input type="checkbox"/> 机关事业单位劳动合同制工人 <input type="checkbox"/> 公务员 <input type="checkbox"/> 个体工商户 <input type="checkbox"/> 自由职业者 <input type="checkbox"/>						
户籍所在地	省 市 县(市) 区(乡/镇)			公安派出所名称			
联系电话				户口性质		城镇 <input type="checkbox"/>	农村 <input type="checkbox"/>
现详细地址及邮编							
需要说明的其它情况：		身份证复印件粘贴处				贴照片	
						请贴参保登记时一寸免冠平光正面近照	
参 保 人 意 见	以上情况及资料内容真实无误。如填报不实，由此引发的一切后果由本人承担。  参保人：  年 月 日		单 位 意 见	以上情况及资料经核实真实无误。  经办人：  单位（盖章）  年 月 日		经 办 机 构 意 见	经审核上述情况及资料真实无误，同意参加社会保险。  经办人：  经办机构（盖章）  年 月 日

注：1.本表填报一式两份，登记单位（个人）、经办机构各一份。

2.无雇工的个体工商户、非全日制从业人员和灵活就业人员无需填写单位信息和单位意见。

### 表3：宁夏回族自治区基本医疗保险变更登记表

单位名称			社会统一信用代码		
变更原因	修改( ) 转制( ) 其他( )	变更险种		申请变更时间	年 月 日
变更事项	原 登 记		变 更 登 记		
法定 代表人 (负责人)	姓名		电话		
	公民身份号				
缴费单 位 专管员	姓名		电话		
	所在部门名称		E-mail:		
备注					
经办机构 审核 意见	经办人： _____ 经办机构（盖章） _____ 年 月 日				

注：本表填报一式两份，登记单位、经办机构各一份。

## 表4：宁夏回族自治区基本医疗保险个人信息 变更登记申请表

单位名称：(章)

社会统一信用代码：

年 月 日

申请人姓名		公民身份证号	
申请 变更 内容	变更前登记	变更后登记	
提供的有效证件	(书面证明材料附后)		
参保人意见	<p style="text-align: center;">以上情况及资料内容真实无误。如填报不实，由此引发的一切后果由本人承担。</p> <p>参保人签字：_____ 年 月 日</p>		
单位意见	<p style="text-align: center;">以上情况及资料经核实真实无误。</p> <p>经办人签字：_____ 单位（盖章）_____ 年 月 日</p>		
经办机构意见	<p style="text-align: center;">经审核上述情况及资料真实无误，同意变更登记。</p> <p>经办人：_____ 经办机构（盖章）_____ 年 月 日</p>		

注：1.本表填报一式两份，变更单位（个人）、经办机构各一份。

2.无雇工的个体工商户、非全日制从业人员和灵活就业人员无需填写单位信息和单位意见。



## 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:                      关键信息                      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	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 30%;"> <p>经办人:</p> </div> <div style="width: 40%; text-align: center;"> <p>(受理单位盖章)</p> </div> <div style="width: 25%; text-align: right;"> <p>年 月 日</p> </div> </div>						

## 表7:参保人员基本医疗保险信息表

(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 自年月至年月	基本医疗 保险类型	参保缴费 月数小计	统筹地区 经办机构名称	统筹地区经办机构 行政区划代码	备注
	1	2	3	4	5	6
1						
2						
3						
4						
基本医疗保险个人账户实际转出资金			大写		小写	¥

经办人(签章):

联系电话:

医疗保障经办机构(章):

日期:

年 月



备案编号：

表8:异地就医登记备案表

姓名		性别		险种	<input type="checkbox"/> 职工医保 <input type="checkbox"/> 城乡居民医保
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"/> 常驻异地工作人员 <input type="checkbox"/> 异地转诊人员 <input type="checkbox"/> 其他临时外出就医人员		登记类别	<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 变更	
社会保障号码		社会保障卡卡号(可选)			
参保地 家庭地址		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)			
<b>温馨提示</b> 1.跨省异地就医直接结算执行就医地规定的支付范围及有关规定，参保地规定的基本医疗保险基金起付标准、支付比例、最高支付限额、门诊慢特病病种范围等有关政策。 2.办理备案时直接备案到就医地市或直辖市。参保人员根据病情、居住地、交通等情况，自主选择就医地开通的跨省联网定点医疗机构住院就医。门诊就医时按照参保地异地就医管理要求选择跨省联网定点医药机构就诊。 3.到海南、西藏等省级统筹的省份和新疆生产建设兵团就医的，可备案到就医省份和新疆生产建设兵团。 4.异地急诊抢救人员视同已备案。 5.未按规定办理登记备案手续，或在就医地非跨省定点医疗机构发生的医疗费用，按参保地现有规定执行。					
本人 (被委托人) 签名		填表日期			

经办机构：      联系电话：      经办人：      经办日期：

## 表9:门诊慢特病病种待遇认定申请表

认定机构名称(盖章):

年 月 日

姓名		性别		年龄		<input type="checkbox"/> 职工医保 <input type="checkbox"/> 城乡居民医保
身份证件号码				联系电话		
选择定点医院				申请人签名		
申报病种名称				医保编码		
申报病种情况 (符合诊断标准项目)	医师签名:  年 月 日					
审批意见						
备注						

# 表10：申请社会救助家庭经济状况登记表及授权书

\_\_\_\_\_（县、市、区）\_\_\_\_\_（街道、乡镇）

## 1. 救助类别

<input type="checkbox"/> 城市低保	<input type="checkbox"/> 农村低保	<input type="checkbox"/> 城市低收入	<input type="checkbox"/> 农村低收入	<input type="checkbox"/> 特困人员供养
<input type="checkbox"/> 医疗救助	<input type="checkbox"/> 教育救助	<input type="checkbox"/> 住房救助	<input type="checkbox"/> 就业救助	<input type="checkbox"/> 其他_____

\* 请在前小框内勾选

## 2. 家庭基本情况

### 家庭成员基本信息

姓名	与申请人（持证人）关系	身份证号	家庭居住地址	户籍所在地

### 法定赡养、抚养、扶养义务人基本信息

姓名	与申请人（持证人）关系	身份证号	家庭居住地址	户籍所在地

### 3. 家庭收入信息

■ 现在就业所获得的收入	就业者姓名 _____	平均每月工资及奖金、津贴 _____ 元
	就业者姓名 _____	平均每月工资及奖金、津贴 _____ 元
■ 经营净收入	经营者姓名 _____	平均每月收益 _____ 元
■ 退休金	领取人姓名 _____	平均每月 _____ 元
	领取人姓名 _____	平均每月 _____ 元
■ 养老金	领取人姓名 _____	平均每月 _____ 元
	领取人姓名 _____	平均每月 _____ 元
■ 失业保险金	领取人姓名 _____	平均每月 _____ 元
	领取人姓名 _____	平均每月 _____ 元
■ 获得赡养、扶养、抚养费	平均每月 _____ 元	
■ 农村农副业生产收入	家庭上一年总计收入 _____ 元	
■ 村集体分红等收入	家庭上一年总计收入 _____ 元	

### 4. 家庭财产信息

■ 现金	_____ 元		
■ 股票	总市值 _____ 元	账户持有人姓名 _____	
	总市值 _____ 元	账户持有人姓名 _____	
■ 基金等有价值证券	总市值 _____ 元	账户持有人姓名 _____	
	总市值 _____ 元	账户持有人姓名 _____	
■ 银行储蓄	金额 _____ 元	户名 _____	银行名称 _____ 银行账号 _____
	金额 _____ 元	户名 _____	银行名称 _____ 银行账号 _____
■ 公积金	缴存人姓名 _____	余额 _____ 元	
	缴存人姓名 _____	余额 _____ 元	
■ 房产	产权人姓名 _____	面积 _____ 平方米	<input type="checkbox"/> 自住 <input type="checkbox"/> 商用 <input type="checkbox"/> 出租(每月收益 _____ 元)
	产权人姓名 _____	面积 _____ 平方米	<input type="checkbox"/> 自住 <input type="checkbox"/> 商用 <input type="checkbox"/> 出租(每月收益 _____ 元)
■ 车辆	行驶证持有人 _____	品牌型号 _____	购置时间 _____ 现估价 _____ 元
	行驶证持有人 _____	品牌型号 _____	购置时间 _____ 现估价 _____ 元
■ 商业保险	保险名称 _____	被保险人姓名 _____	每月缴纳保险费用 _____ 元
	保险名称 _____	被保险人姓名 _____	每月缴纳保险费用 _____ 元

### 5. 家庭刚性支出信息

■ 医疗支出	每年自付医疗费用 _____ 元
■ 教育支出	每年 _____ 元
■ 住房支出	每年 _____ 元
■ 就业支出	每年 _____ 元

6. 声明及授权

授权书

本人郑重声明，上述登记的家庭基本情况和家庭经济状况属实。如有不实，愿停止申请或停止享受社会救助，并承担相应法律责任

上述资料如有变动，本人或本人家庭成员将向当地乡镇人民政府或街道办事处主动报告。

同意全国各级核对机构向所有涉及到本人家庭经济状况信息的部门或机构核查本人家庭财产、收入及支出信息。本人亦同意所有涉及到本人家庭经济状况信息的部门或机构将所需资料和信息提供给发起核对业务的核对机构。

特此声明。

声明人（家庭成员）签字：

1. \_\_\_\_\_（指模）
2. \_\_\_\_\_（指模）
3. \_\_\_\_\_（指模）
4. \_\_\_\_\_（指模）
5. \_\_\_\_\_（指模）
6. \_\_\_\_\_（指模）
7. \_\_\_\_\_（指模）
8. \_\_\_\_\_（指模）

入户核对工作人员签字 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

年 月 日

备注：家庭成员为无民事行为能力人、限制民事行为能力人的，由监护人代签；代签的需由本人按指模。

表11

## 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12：宁夏回族自治区参加基本医疗保险缴费人员增加（减少）申报表

申报单位（盖章）

统一社会信用代码：

申报时间： 年 月 日

姓名	社会保障号 码（公民身 份证号）	性 别	出生 年月	专业技术 职称	个人 身份	户籍 类型	参加工作 时间	参保（停 保）时间	增加（减 少）原因	转入（转 出）时间	险种（√）				缴费 基数	备注
											医 疗	生 育	大 额 医 疗 补 助	公 务 员 医 疗 补 助		

申报单位填报人：

联系人：

联系电话：

申报单  
位负责  
人：

受理人：

受理日期：

注：本表一式两联，要素填写准确齐全，加盖印章，经审批后，缴费单位、经办机构各留存一联。





## 表14：宁夏回族自治区灵活就业人员医疗保险 退费申请表

申请人姓名		性别		出生年月	
身份证号				联系电话	
代办人姓名		身份证号		联系电话	
申请退费原因	1.转省外 <input type="checkbox"/> 2.转居民医保 <input type="checkbox"/> 3.退休 <input type="checkbox"/> 4.死亡 <input type="checkbox"/> 5.以单位形式参加职工医保 <input type="checkbox"/>				
申请人（代办人）意见	以上情况及资料内容真实无误。如填报不实，由此引发的一切后果由本人承担。  <p style="text-align: right;">申请人（代办人）签字（指印）：  年 月 日</p>				
经办机构审核意见	<p style="text-align: right;">单位：（盖章）  年 月 日</p>				

表15

# 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 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 (主要负责人)	姓名:	联系电话:			
	身份证号码:				
主管医保工作 负责人		联系电话			
医保职能部门 联系人		联系电话			
在职职工人数		在本单位缴纳社保、 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 情况(以注册 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 员(以注册人员为 准)、病床数情况	科室	住院开放 床位数	医生人数 (其中第一注册地在 本医疗机构的人数)	护士人数	其他

大型医疗设备信息	品种	型号及数量	购买年月	有效期
	<p data-bbox="526 1045 1401 1163">           本机构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 data-bbox="526 1178 1401 1339">           本机构已认真阅读《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)申请定点相关要求，无第十二条不予受理情形；已认真阅读xxx医疗保障定点医疗机构协议管理要求，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 data-bbox="613 1562 829 1591">           法定代表人签字：         </p> <p data-bbox="1127 1562 1268 1591">           (单位盖章)         </p> <p data-bbox="1227 1640 1349 1669">           年 月 日         </p>			
<p data-bbox="347 1724 435 1753">联系人</p>		<p data-bbox="873 1709 933 1780">联系电话</p>		

风险提示：申请定点的医疗机构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。

表16

# 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"/> 单体 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/>					
药店许可经营范围								
营业面积 (平方米)		基本账户 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			

<p>申 请 承 诺</p>	<p style="text-align: center;"> <b>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。</b> </p> <p style="text-align: center;"> <b>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。</b> </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>		
<p>联系人</p>		<p>联系电话</p>	

**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。**

**表17: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					