|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **梧州市基本医疗保险长期异地就医登记备案表** | | | | | | | |
| 姓 名 | |  | | 性 别 |  | 险种 | * 城镇职工 * 城乡居民 |
| 身份证号 | |  | | | 社会保障卡号 |  | |
| 人员类别 | | □异地安置退休人员 | | | 登记类别 | □新增 | |
| □异地长期居住人员 | | | □变更 | |
| □常驻异地工作人员 | | | □撤销 | |
| 参保地家庭住址 | |  | | | 异地居住地址 |  | |
| 单位名称 | |  | | |
| 转外城市 | | 省（市/自治区）　 市（州/盟） | | | | | |
| 是否连续居住3个月以上（含3个月） | | | □是 　□否 | | 联系电话1 |  | |
| 联系电话2 |  | |
| 结算类别 | | □异地平台直接结算 □参保地手工报销 | | | | | |
| **温馨提示**  1.参保人办理备案时直接备案到居住地市，提供证明材料后填表办理备案登记手续。参保人根据病情、居住地址、交通等情况，自主选择备案所定居住地医保定点医疗机构就医。  2.居住地在北京、天津、上海、重庆、海南、西藏和新疆兵团的，备案到省份即可。  3.异地就医参保人员在自治区内或已开通跨省异地就医医疗费用直接结算的定点医疗机构（可登陆网址：http://si.12333.gov.cn查询）就医，应持社会保障卡直接结算有关医疗费用。在未开通直接结算业务定点医疗机构就医，请按照本表背面《说明》内容提供材料返回参保地社保局办理报销手续。  4.跨省异地就医直接结算执行就医地目录，参保地起付线、封顶线及支付比例。因各地目录差异，直接结算与回参保地报销可能存在待遇差异，属于正常现象。 | | | | | | | |
| 本人已清楚了解本表《温馨提示》和《说明》内容以及异地就医直接结算政策，同时承诺所提供材料及确认所填写内容均真实有效，并承担可能出现的待遇差异。  本人（代办人）签名： 年 月 日 | | | | | | | |
| 本人（代办人） 签名 |  | | | | 填表日期 |  | |
| 梧州社会保险事业局（盖章）： | | | | | | | |
| 经办人： 经办日期： 年 月 日 | | | | | | | |
| 备注：此表一式两份，一份参保地经办机构存留，一份个人存留。请注意背面《说明》内容。 | | | | | | | |

**说 明**

1.申办备案登记时，请领取并认真阅读《梧州市基本医疗保险参保人员长期异地就医备案须知》。

2.参保人办理备案时直接备案到居住地市，提供证明材料后直接填表办理备案登记手续。参保人根据病情、居住地址、交通等情况，自主选择备案所定就医地医保定点医疗机构就医。

3.居住地在北京、天津、上海、重庆、海南、西藏和新疆兵团的，备案到省份即可。

4.异地就医参保人员在自治区内或已开通跨省异地就医医疗费用直接结算的定点医疗机构（可登陆网址：http://si.12333.gov.cn查询）就医，应持社会保障卡直接结算有关医疗费用。

5.跨省异地就医执行就医地目录，参保地起付线、封顶线及支付比例。因各地目录差异，直接结算与回参保地报销可能存在待遇差异，属于正常现象。

6.申办需提供的证明材料：  
（1）投靠子女或返回原籍居住的老人、跟随父母生活的子女，由长期居住地居（村）委会出具证明材料，或居住地户口薄、居住证。  
（2）外出务工人员提供以下材料之一：1）村委会出具的外出务工证明；2）务工单位证明；3）务工地居住证；4）居住地居（村）委会出具证明材料。  
（3）在外地实习（见习）的参保学生，由学校出具证明材料。  
（4）用人单位派驻异地工作人员，由单位出具证明材料。  
（5）跟随企业外派劳务人员异地居住的未就业家属，由所在单位出具证明材料。  
（6）职工医保异地安置退休人员提供本人银行账号。  
（7）申办人社会保障卡或身份证、未成年人户口簿复印件（参保人为无户籍人员时需提供村委出具的身份确认证明），代办人身份证复印件（参保人为未成年人或无户籍人员时需另外提供代办人与参保人关系证明）。单位在职职工只受理按第（4）点用人单位派驻异地工作情形申请。

7. 参保人办理异地就医备案手续后，医保基金不再支付参保人在本市辖区内发生的住院医疗费用；如属急发病的，按异地急发病政策处理。

8.已办理备案登记的异地居住人员，从备案生效之日起三个月内不能变更或撤消备案。

9.未直接结算的住院医疗费用，提供以下材料办理报销： （1）住院发票原件和复印件1份； （2）出院记录（出院小结）；

（3）疾病证明； （4）费用汇总清单（如为跨年住院的需分开年度打印费用汇总清单）； （5）参保人社会保障卡或身份证、未成年人户口簿（参保人为无户籍人员时需提供村委出具的身份确认证明）； （6）参保人银行账户账号； （7）代办人身份证； （8）参保人为未成年人或无户籍人员时需另外提供代办人与参保人关系证明，代办人银行账户账号 ；[以上第（2）至第（4）审核原件收复印件1份，第（5）至第（8）审核原件收复印件2份]；

（9）输血指标存在异常数值并进行了输血治疗的，提供血常规、凝血功能、肝功能等检查报告单复印件。

**（10）如果就诊医疗机构医保定点资格不能通过人社部门官方网站查证的，须同时提供就诊医院属就医地定点医疗机构的证明。**

**非直接结算的住院费用请在出院后90天内提交材料办理报销手续，当年发生的医疗费，应当于次年3月31日前办理报销。**

咨询电话：城乡居民医保：0774-3883382；职工医保：0774-6029119、6029120