

广东省医疗保障事业管理中心

粤医保中心函〔2024〕101号

广东省医疗保障事业管理中心关于印发 《广东省医疗保障就医指南》的通知

各地级以上市医疗保障经办机构：

根据《国家医疗保障局关于在医疗保障服务领域推动“高效办成一件事”的通知》精神，为进一步加强对我省参保人在医保就医方面的指引，着力提供更加便捷高效的医疗保障服务，我中心制定了《广东省医疗保障就医指南》（以下简称《指南》），现印发给你们。各地可以《指南》为基准，在落实《社会保险经办条例》等文件要求的基础上，结合本地医保经办实际，制定本地医疗保障就医指南，并做好宣传引导工作。

广东省医疗保障事业管理中心

2024年11月13日



广东省医疗保障就医指南

本指南适用于广东省内参加职工基本医疗保险（含生育保险）和城乡居民基本医疗保险的人员（以下简称参保人）。

一、就医凭证

参保人在中国境内就医时需出示身份凭证：医保电子凭证或社会保障卡，省内可使用身份证。

参保人在参保地以外的中国境内异地就医，需要按规定办理异地就医备案。

温馨提示：

（一）参保人原则上应本人持身份凭证就医，确因客观情况需委托他人办理就医手续的，受托人应当凭参保人本人身份凭证、病历和受托人身份证等相关材料办理就医手续。

（二）参保人不得将本人身份凭证借给他人或冒用他人的身份凭证办理医保就医、报销。

（三）社会保障卡申领、挂失及解挂、补卡、换卡等事项，请按照人力资源和社会保障部门相关规定办理。

二、就医管理

（一）就医地域

1. 本地就医。参保人在参保地定点医疗机构就医，可按规定享受医保待遇。医保定点医疗机构名单可进入“粤医保”微信小

程序点击“定点医院”模块进行查询。

2.异地就医。参保人在参保地外工作、居住、生活或因病情需要等原因需在参保地以外的地域就医时，应当办理异地就医备案，选择已开通联网直接结算的医疗机构就医，就诊后即可在医疗机构通过直接结算享受医疗费用的报销。

参保人可以进入“粤医保”小程序点击“查看更多”，点击“异地定点医疗机构”查询省内、跨省异地联网定点医疗机构；跨省异地就医的也可通过“国家医保服务平台”APP或“国家异地就医备案”微信小程序--“异地备案”模块--“异地联网定点医药机构查询”--“异地联网定点医药机构”查询跨省异地联网定点医疗机构。

（二）就诊类别

1.门诊、住院

参保人在门诊就医时，需按照参保地规定、结合个人就医意愿办理定点医疗机构选定手续，可在医保经办窗口、市内选定的定点医疗机构窗口、“粤医保”小程序办理，或参保地公布的其他线上线下渠道办理。其中，如需普通门诊选点，填写《普通门诊定点医疗机构选定表》（附件1）；如需享受生育保险待遇，在提供生育服务的定点医疗机构中选定产前检查的定点医疗机构并填写《产前检查定点医疗机构选定表》（附件2）。

需要住院治疗的参保人，可以自主选择任一提供住院服务的定点医疗机构就医，无需办理定点手续。

目前广东省参保人按规定办理异地就医备案后，在省内异地发生住院、普通门诊、生育医疗费用均可实现直接结算。

温馨提示:

参保人门诊选点时宜审慎选择定点医疗机构，避免后续门诊就医时无法享受医保待遇。参保人员确因居住地迁移等情形需要变更选定定点医疗机构的，可向当地医保经办机构或指定定点医疗机构申请办理变更手续。

2.门诊特定病种

(1)病种范围。各地开展的门诊特定病种(以下简称门特)包括全省统一的门特和各地自行开展的门特。全省统一的52个门特均已实现省内直接结算，其中高血压、糖尿病、恶性肿瘤门诊放化疗、尿毒症透析、器官移植术后抗排异治疗等5类共12个门特已实现跨省直接结算，慢性阻塞性肺疾病、类风湿关节炎、冠心病、病毒性肝炎、强直性脊柱炎自2025年1月1日起可实现跨省直接结算(见附件3)。

(2)待遇认定。

门特待遇认定原则上在广东省内具备待遇认定资质的定点医疗机构办理。参保人跨省就医时需享受门特待遇的，需联系参保地医保经办机构将门特待遇认定信息上传至医保信息系统。

参保人可在具备待遇认定资质的定点医疗机构就医时，向接诊医生申请门特病种待遇认定或续期。接诊医生确诊后填写

《门诊特定病种待遇认定申请表》（以下简称《申请表》，附件4），经副主任以上医师对《申请表》复核后（科室无副主任及以上医师的，可以由其上级主管医师复核），送定点医疗机构医保业务管理部门进行审核确认。定点医疗机构医保业务管理部门审核确认《申请表》后，将符合规定的认定信息上传至医保信息系统备案。参保人员可要求定点医疗机构提供备案后的《门诊特定病种待遇认定表》（见附件5）纸质版的，定点医疗机构应当予以提供。

（3）选点管理。参保人就医前应当按照参保地规定结合个人就医意愿选定门特定点医疗机构。可以通过“粤医保”小程序办理选点申请；或到选定的医疗机构现场办理，办理时参保人应填写《门诊特定病种定点医疗机构选定表》（见附件6）。参保人在医疗机构办理门特病种待遇认定时，可同步办理选定该院就医手续。

温馨提示：

（1）待遇享受有效期自认定信息上传至医保信息系统备案之日起，按照自然日计算，到期自动终止。

（2）参保人办理门特待遇认定后宜审慎选定就医定点医疗机构，并在后续就医时告知医生自己享有门特待遇，避免无法享受相应医保报销。参保人选定门特定点医疗机构后，确因病情需要、居住地迁移、工作地址变更、定点医疗机构门特病种服务范围变动等情形需要变更门特定点医疗机构的，可以向医

保经办机构或符合规定的定点医疗机构申请办理变更手续。

（三）结算方式

（1）直接结算。参保人按规定选择可联网结算的医疗机构就医可享受直接结算服务。参保人可持医保电子凭证在已开通移动支付的定点医疗机构进行移动支付，或持其他实体的就医凭证在定点医疗机构人工收费窗口结算。

（2）手工报销。参保人因医保信息系统异常或其他特殊情形，个人已垫付的应由医保基金支付的费用，也可到参保地医保经办机构或通过广东政务服务网、粤医保小程序等申请手工报销。具体材料如下：有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡；医药机构收费票据；费用清单；病历资料。医保经办机构办理手工报销的时限为不超过 30 个工作日。

（四）问题咨询

参保人在就医报销过程中遇到问题，可先到定点医疗机构医保业务管理部门咨询反映。参保人确因医保信息系统异常等原因无法直接联网结算的，应记录系统报错的情况（可采用手机拍摄报错页面等方式），并提醒定点医疗机构医保业务管理部门向就医地医保经办机构反映并协同处理相关问题。

为减少参保人垫资负担，建议参保人在问题解决后优先返回医疗机构进行直接结算，个人已垫付的应由医保基金支付的费用，将从原渠道退回。

三、异地就医备案

（一）异地就医备案人员类型

符合下列条件之一的参保人，可办理异地就医备案：

1. 异地长期居住人员

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市以外工作、居住、生活的人员。

2. 临时外出就医人员

包括异地转诊人员，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。

3. 异地生育就医人员

符合国家、省生育政策的异地就医人员。

温馨提示：

参保人跨省、省内跨市异地就医出院结算前补办异地就医备案的，可享受跨省、省内跨市异地就医直接结算服务。

（二）异地就医备案途径

可通过以下途径为自己或他人办理、变更异地就医备案：

1. “国家医保服务平台”APP、国家异地就医备案小程序（均仅限办理跨省异地就医备案）；

2. 粤医保、粤省事小程序。

3. 各地医保经办机构窗口

4. 参保地规定的其他办理途径

（三）异地就医备案所需材料

1. 异地安置退休人员需提供以下材料：有效身份证件或医保

电子凭证或社会保障卡；《广东省异地就医登记备案表》（以下简称备案表，附件7）；居民户口簿（户口簿首页和本人常住人口登记卡）或个人承诺书（见附件8）。

2.异地长期居住人员需提供以下材料：有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡；备案表；居住证、居民户口簿（户口簿首页和本人常住人口登记卡）、房产证、就读证明任选其一，或个人承诺书

3.常驻异地工作人员需提供以下材料：有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡；备案表；参保地工作单位派出凭证、异地工作劳动合同任选其一，或个人承诺书。

4.异地生育就医人员需提供以下材料：有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡；《广东省异地就医生育保险登记备案表》（见附件9）

5.异地转诊人员需提供以下材料：有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡；备案表；参保地规定的定点医疗机构开具的转诊转院单。

6.其他临时外出就医人员备案，需提供有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡，以及备案表。

7.异地急诊抢救人员视同已备案。

（四）异地就医备案有效期

异地安置退休人员、异地长期居住人员和常驻异地工作人

员登记备案后，未申请变更备案信息或参保状态未发生变更的，备案长期有效。

临时外出就医人员备案有效期原则上不少于6个月，有效期内可在就医地多次就诊并享受跨市就医直接结算服务。异地生育就医人员备案有效期按照参保地规定执行。

参保人员跨省、省内跨市异地就医出院结算前补办异地就医备案的，就医地联网定点医疗机构应为参保人员办理医疗费用直接结算。出院自费结算后按规定补办备案手续的，可以按规定申请手工报销。

四、就医待遇

（一）待遇起止时间

1. 职工医保

职工医保按月缴费，在职职工自缴费次月起享受待遇，停止缴费次月起停止待遇。

失业人员在领取失业保险金期间享受相应的职工医保待遇，自符合失业保险金领取条件的次月起享受待遇。

已连续参加我省基本医疗保险2年及以上的灵活就业人员，中断缴费3个月内（含）参加职工医保的，无待遇享受等待期；中断缴费时间超过3个月后参加职工医保的，各地可设置不超过6个月的待遇享受等待期。

2. 居民医保

居民医保按年缴费的，办理下一年度参保缴费手续后，从次年1月1日起享受待遇；按月缴费的，原则上自缴费次月起享受待遇，停止缴费次月起停止待遇。

个人缴费部分由政府资助参保的困难人员、经审核符合条件的新生儿、已办理职工医保中止手续的人员、新迁入统筹区户籍人员、中途转入统筹区就读学生、刑满释放人员、退役士兵等特殊群体，在当年医保年度内可以按规定中途参加居民医保，办理参保缴费手续。其中，新生儿监护人可凭新生儿出生医学证明，于新生儿出生180天内在我省任一统筹地区办理城乡居民基本医疗保险参保缴费，不受户籍地或者居住地限制，自出生之日起所发生的符合规定的医疗费用均纳入医保报销范围。

3. 参保关系转移接续

职工医保参保人在省内转移接续的，参保人员在转出地最后一次缴费的次月，仍享受转出地的职工医保待遇。在转移接续前连续缴费未中断的，参保人员在转入地参加职工医保后，自缴费次月起享受转入地的职工医保待遇，确保待遇享受无缝衔接。

在转移接续前中断缴费3个月（含）以内的，参保人员可按规定办理中断缴费期间的职工医保费补缴手续，补缴后不设待遇享受等待期，缴费当月即可在转入地按规定享受待遇，中断期间的待遇可按规定追溯享受，但不得重复享受待遇。中断

缴费3个月以上的，基本医疗保险待遇按各地规定执行，原则上待遇享受等待期不超过6个月。

参保人员已连续2年（含）以上参加基本医疗保险，因就业等个人状态变化在职工医保和居民医保间切换参保关系，中断缴费3个月（含）以内的，可按规定办理基本医疗保险费补缴手续，补缴后不设待遇享受等待期，缴费当月即可在转入地按规定享受待遇，中断期间的待遇可按规定追溯享受。中断缴费3个月以上的，基本医疗保险待遇按各地规定执行，原则上待遇享受等待期不超过6个月。

（二）医药价格

在广东省医保局门户网站（<http://hsa.gd.gov.cn/>），设有“口腔种植收费专项治理”和“医药价格信息查询”专区。参保人在“医药价格查询”板块：通过“药品价格查询”栏查询省内相关采购平台的挂网药品基本信息、平台价格信息、药品挂网类别、医保属性和采购的医疗机构等；通过“医疗服务价格项目查询”栏查询广东省医疗服务价格项目目录和各地医疗服务项目价格，公立医疗机构的基本医疗服务价格不高于所在地市政府指导价；通过“港澳药械通项目备案查询”栏查询已备案的“港澳药械通”项目和医用耗材。

（三）统筹基金与个人账户

职工医疗保险有医保统筹、个人账户相结合和单建统筹的两种保障模式。

统筹基金可用于支付参保人在定点医疗机构发生的，符合医保药品目录、诊疗项目目录和医用耗材目录（以下简称“三大目录”）支付范围的费用。上述目录可通过登录广东省医保局门户网站（<http://hsa.gd.gov.cn/>）搜索查询。

职工的个人账户可用于支付参保人本人及其近亲属以下就医费用：一是在定点医疗机构就医发生的由个人负担的医疗费用；二是在定点医疗机构发生的由个人负担的符合规定的中医“治未病”费用；三是其他符合国家、省规定的费用。参保人在“粤医保”小程序绑定共济关系后，可在就医结算时打开医保电子凭证，自行选择使用本人或是家庭成员的个人账户余额。

（四）起付标准、支付比例与最高支付限额

各地制定本地区的基本待遇支付政策，确定统筹基金具体的起付标准、支付比例和最高支付限额。

参保人在定点医疗机构实际发生的“三大目录”支付范围内的医疗费用，需先自行承担起付标准以下的费用，起付标准以上的部分再由医保基金按规定、按支付比例报销。

最高支付限额指参保人在一个年度内累计能从基本医保基金获得的最高报销金额。最高支付限额以外的医疗费用，参保人可以通过补充医疗保险、商业医疗保险等办法解决。

（五）不予支付范围

下列医疗费用不纳入基本医疗保险基金支付范围

1. 应当从工伤保险基金中支付的。

2. 应当由第三人负担的。
3. 应当由公共卫生负担的。
4. 在境外就医的。
5. 体育健身、养生保健消费、健康体检。
6. 国家规定的基本医疗保险基金不予支付的其他费用。遇对经济社会发展有重大影响的，经法定程序，可做临时调整。

（六）异地就医待遇

参保人异地就医直接结算住院、门诊和门特医疗费用时，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、门特范围等有关政策。广东省内多数地市已支持其参保人省内临时异地就医免备案直接结算，免备案报销比例有所降低，具体以参保地医保部门公布为准。

参保人员因门特异地就医时，就医地有相应门特病种及限定支付范围的，执行就医地规定；没有相应门特病种的，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特待遇的，由参保地根据本地规定确定报销规则。

跨省、省内跨市异地长期居住人员可以在备案地和参保地双向享受医保待遇。异地长期居住人员备案有效期内确需回参

保地就医的，可以在参保地享受医保直接结算服务。其中参保人以个人承诺方式办理异地长期居住人员备案手续的，应履行承诺事项，须补齐相关备案材料后才可在备案地和参保地双向享受医保待遇。

符合就医地管理规定的无第三方责任外伤费用可纳入跨省、省内跨市异地就医直接结算范围。参保人填写《外伤无第三方责任承诺书》（见附件10）后，定点医疗机构结合接诊及参保人病情等实际情况，为参保人办理异地就医直接结算。

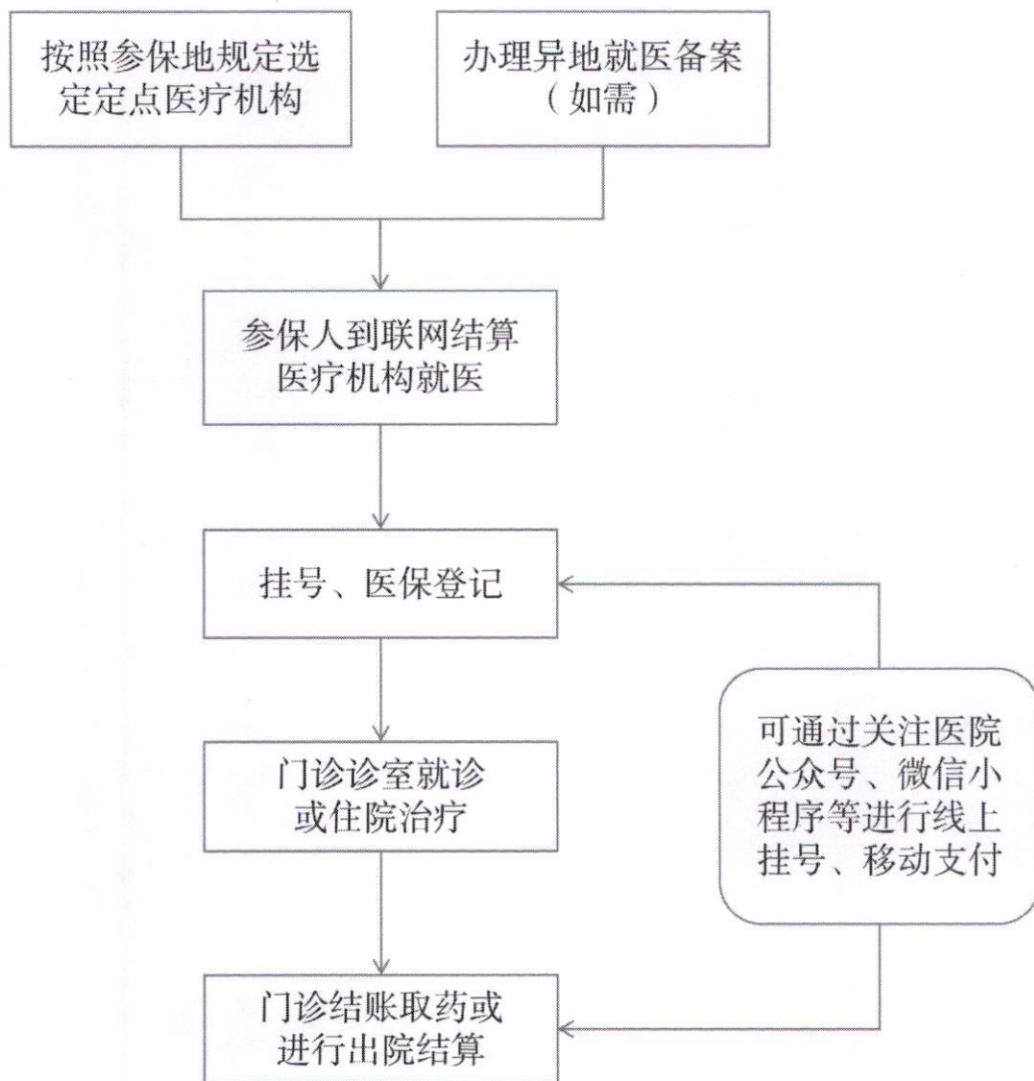
（七）出入院标准

参保人不得要求医疗机构降低入院标准入院或已达到出院标准后故意延长住院时间。医疗机构不得要求不符合出院标准的参保人出院、转院或自费住院。医保部门没有单次住院15天的限制，医疗机构不得强制要求住院满15天且不符合出院标准的参保人员出院、转院或自费住院。

（八）违规情形

参保人所在单位或本人以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取医保待遇的，由参保地医保经办机构可按规定责令退回骗取的医保基金；构成违法或犯罪的，依法移交相关部门追究行政或刑事责任。

五、就医流程



六、附则

(一) 本指南所称“年度”是指每年1月1日-12月31日。

(二) 本指南未尽事宜，可向各地医保部门咨询。可通过以下方式查询各地医保部门的地址及办公电话：“国家医保服务平台”APP--“异地备案”模块--“医保经办机构查询”；“国家异地就医备案”小程序--“医保经办机构查询”；“粤医保”小程

序--“我要办事”--“线下办理”--“经办机构查询”。

（三）若本指南内容与政策规定不一致或政策发生调整，请以最新公布的政策为准。本指南由省医保中心负责解释。

附件目录

- 1.普通门诊定点医疗机构选定表
- 2.产前检查定点医疗机构选定表
- 3.广东省门诊特定病种范围
- 4.门诊特定病种待遇认定申请表
- 5.门诊特定病种待遇认定表
- 6.门诊特定病种定点医疗机构选定表
- 7.广东省异地就医登记备案表
- 8.基本医疗保险异地就医备案个人承诺书
- 9.广东省异地就医生育保险登记备案表
- 10.外伤无第三方责任承诺书

附件1

普通门诊定点医疗机构选定表

申请人 姓名		身份证 号码		联系 电话	
代办人 姓名		身份证 号码		联系 电话	
本次选定普通门诊医疗机构为： ☐ 初次申请 ☐ 变更					
医疗机构 名称					
本人同意选择以上医疗机构为本人门诊定点就医医疗机构					
本人（代办 人）签名：			办理日期		

附件 2

产前检查定点医疗机构选定表

参保人姓名		联系人与 联系电话	
身份证号码		预产期及办 理时孕周	
男职工未就业配偶信息（不属未就业配偶的无需填写）			
姓名		身份证号码	
☐ 本人及配偶承诺，女方在本市及市外均未就业，且未参加职工基本医疗保险或者城乡居民基本医疗保险并享受相关待遇。			
本次选定产前检查医疗机构为： ☐ 初次申请 ☐ 变更			
选 定 医 疗 机 构			
产检选定 医疗机构		产检选定医疗 机构所在城市	
个 人 承 诺			
本人已知悉填报须知内容，同意申报，并授权经办机构通过信息共享方式查询本单位/个人与办理生育业务相关的信息，承诺所提供材料与信息均真实完整合法，符合业务办理条件。 温馨提示：以虚构劳动关系、伪造证明材料或者其他手段骗取社会保险待遇的，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。 本人签名：_____ 填报日期：_____			

附件 3

广东省门诊特定病种范围

序号	病种名称	备注
1	慢性阻塞性肺疾病	★
2	高血压病	★
3	冠心病	★
4	慢性心功能不全	
5	肝硬化（失代偿期）	
6	慢性乙型肝炎	★
7	丙型肝炎（HCV RNA 阳性）	
8	慢性肾功能不全（非透析治疗）	
9	肾脏移植术后抗排异治疗	★
10	造血干细胞移植后抗排异治疗	★
11	糖尿病	★
12	类风湿关节炎	★
13	恶性肿瘤（非放化疗）	★
14	地中海贫血（海洋性贫血或珠蛋白生成障碍性贫血）	
15	再生障碍性贫血	
16	血友病	
17	帕金森病	
18	癫痫	
19	脑血管疾病后遗症	
20	艾滋病	
21	活动性肺结核	
22	耐多药肺结核	
23	系统性红斑狼疮	
24	心脏移植术后抗排异治疗	★
25	肝脏移植术后抗排异治疗	★
26	肺脏移植术后抗排异治疗	★
27	肺动脉高压	
28	支气管哮喘	
29	骨髓纤维化	

序号	病种名称	备注
30	骨髓增生异常综合症	
31	C 型尼曼匹克病	
32	肢端肥大症	
33	多发性硬化	
34	强直性脊柱炎	★
35	银屑病	
36	克罗恩病	
37	溃疡性结肠炎	
38	湿性年龄相关性黄斑变性	
39	糖尿病黄斑水肿	
40	脉络膜新生血管	
41	视网膜静脉阻塞所致黄斑水肿	
42	精神分裂症	
43	分裂情感性障碍	
44	持久的妄想性障碍（偏执性精神病）	
45	双相（情感）障碍	
46	癫痫所致精神障碍	
47	精神发育迟滞伴发精神障碍	
48	慢性肾功能不全（血透治疗）	★
49	慢性肾功能不全（腹透治疗）	★
50	恶性肿瘤（化疗，含生物靶向药物、内分泌治疗）	★
51	恶性肿瘤（放疗）	★
52	新冠肺炎出院患者门诊康复治疗	

备注：标“★”的门特病种为可跨省直接结算门特病种，参保人备案后可在中国境内享受直接结算服务。其中慢性阻塞性肺疾病、类风湿关节炎、冠心病、病毒性肝炎、强直性脊柱炎自 2025 年 1 月 1 日起可实现跨省直接结算。

附件4

门诊特定病种待遇认定申请表

医疗机构名称:

姓名		性别		年龄	
身份证件号码		人员类别	☐ 职工医保 ☐ 城乡居民医保		
申请科室		科室电话			
门特病种名称		医保病种代码			
病情摘要及诊断	患者病史（或手术史）： 疾病诊断：				
诊疗方案及项目构成	用药方案： 治疗方案： 检查项目： 申请医师签名： 年 月 日				
科室复核	上级医师签名： 年 月 日				
医院医保管理部门审核	同意（盖章） 年 月 日				
待遇有效期	年 月 日至 年 月 日				
选择本院为门特定点	本人同意选定该医院作为本人该门特病种定点医院： 是 ☐ 否 ☐				
参保人签名		参保人联系电话			
备注					

- 说明：1.病情摘要应当填写主诉、现病史、体格检查、辅助检查等确诊情况；
 2.项目构成必须符合医保政策有关规定。
 3.首次申请待遇享受有效期自定点医疗机构按照规定将认定信息上传医保信息系统备案之日起，按照自然日计算，到期自动终止。
 4.参保人员，应在相应门特病种待遇认定有效期满前30日内，申请办理续期。定点医疗机构应规定办理后，续期有效期自前一有效期满后次日起，按照自然日计算，到期自动终止。
 5.每申请认定一个门特病种，需填写一份《门诊特定病种待遇认定申请表》
 6.办理待遇续期需填写此表。

附件 5

门诊特定病种待遇认定表

认定机构（医疗机构）名称：

姓名		性别		年龄	
身份证件 号码		人员类别		☐ 职工医保 ☐ 城乡居民医保	
申请科室		科室电话			
门特病种 名称		医保病种代码			
病情摘要 及诊断	患者病史（或手术史）： 疾病诊断： 医师签名： 年 月 日				
诊疗方案及 项目构成	用药方案： 治疗方案： 检查项目： 医师签名： 年 月 日				
待遇有效 期限	年 月 日至 年 月 日				
认定备案 机构	经办机构（盖章） 年 月 日				
联系方式	经办机构咨询电话：				
备注					

说明: 1. 首次申请待遇享受有效期自定点医疗机构按照规定认定信息上传医保信息系统备案之日起, 按照自然日计算, 到期自动终止。

2. 参保人员，应在相应门特病种待遇认定有效期满前 30 日内，申请办理续期。定点医疗机构应规定办理后，续期有效期自前一有效期满后次日起，按照自然日计算，到期自动终止。

附件 6

门诊特定病种定点医疗机构选定表

申请人 姓名		身份证 号码		联系 电话	
代办人 姓名		身份证 号码		联系 电话	
本次选定门诊特定病种医疗机构为： ☐ 初次选定 ☐ 变更					
门诊特定 病种名称					
医疗机构 名称					
本人同意选择以上医疗机构为本人门诊特定病种定点就医医疗机构					
申请变更 情况说明 (如需)	本人已知悉可变更门诊特定病种定点就医医院的条件，承诺所提供材料与信息均真实完整合法，符合办理业务条件。具体变更原因如下：				
本人(代办人)签名：			办理日期		

附件 7

备案编号：

广东省异地就医登记备案表

姓名		性别		险种	☐ 职工医保 ☐ 城乡居民医保
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 ☐ 异地转诊人员 ☐ 其他临时外出就医人员		登记类别	☐ 新增 ☐ 变更	
社会保障号码			社会保障卡卡号（可选）		
参保地 联系地址			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）		
温馨提示 1.省内异地就医直接结算执行广东省目录、参保地规定的基本医疗保险基金起付标准、支付比例、最高支付限额等有关政策；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。参保人根据病情、居住地、交通等情况，自主选择就医地开通的省内（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，或在就医地非省内（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		

附件 8

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 1.参保人应在出院结算前办理异地就医备案。2.异地就医备案可在线办理，请选择对应的备案类型填写办理材料。3.异地就医时持医保电子凭证或社会保障卡就医。（参保地可结合实际修改完善）						
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、指印）： 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 9

广东省异地就医生育保险登记备案表

参保人姓名		身份证号码	
联系电话			
人员类别	☐ 职工 ☐ 职工未就业配偶 ☐ 其他:	登记类别	☐ 新增 ☐ 变更
男职工未就业配偶信息（不属未就业配偶的无需填写）			
姓名		身份证号码	
☐ 本人及配偶承诺，女方在本市及市外均未就业，且未参加职工基本医疗保险或者城乡居民基本医疗保险并享受相关待遇。			
异地就医备案信息			
就医地	____省（市）____市（州）		
备案项目	☐ 1. 计划生育 预计手术时间：____年__月__日		
	☐ 2. 产前检查 预计产检时间：____年__月__日 产前检查医疗机构名称：_____		
	☐ 3. 生育 预产期：____年__月__日		
☐ 本人 ☐ 被委托人签名		填表日期	

备注：1. 办理生育异地就医备案人员，其基本医疗保险同步备案至就医所在地。

2. 备案有效期为成功备案之日起，至所填备案时间的第 30 日止。

3. 本人承诺上述事项属实。

经办机构： 联系电话： 经办人： 经办日期

附件 10

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			

公开方式：主动公开

抄送：各地级以上市医疗保障局。