

附件 2

**内蒙古自治区医疗保障
经办政务服务事项清单（2023版）
（参考样表）**

**表 1 内蒙古自治区基本医疗保险单位参保信息登记表
(参考样表)**

<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							
现统一社会信用代码				原统一社会信用代码			
通讯地址							
单位性质							
法定代表人		姓名				联系电话	
		证件类型及号码					
开户银行				户名			
银行账号							
单位经办人员		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"/> 职工大额医疗费用补助		<input type="checkbox"/> 其他 (_____)			
参保日期							
参保地区							
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		本单位依法申请基本医疗保险登记, 承诺填报信息真实、准确、完整、有效, 由此产生的一切后果均由本单位承担。 <div style="text-align: right;">单位 (盖章)</div> <div style="text-align: right;">年 月 日</div>					
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"/> 职工大额医疗费用补助 <input type="checkbox"/> 其他 (_____) 经办工作人员签字: _____ 经办机构 (盖章) <div style="text-align: right;">年 月 日</div>					

表 2 内蒙古自治区职工基本医疗保险参保登记表（参考样表）

单位名称（盖章）：

统一社会信用代码/单位编码：

险种：

灵活就业人员

序号	姓名	证件类型	证件号码	申报工资 (元/月)	变更类型							手机号码	备注
					增加	中断	终止	恢复	补断档	在职 转退休	统筹地区 内转移		
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													

注：灵活就业人员无需单位盖章和填写统一社会信用代码。

填报人：

联系电话：

经办机构工作人员：

年 月

**表 3 内蒙古自治区基本医疗保险参保单位信息变更登记表
(参考样表)**

统一社会信用代码/单位编码:

填表日期:

原登记事项		变更事项	
单位名称		单位名称	
住所(地址)		住所(地址)	
单位类型		单位类型	
法定代表人 (负责人)	姓名	法定代表人 (负责人)	姓名
	证件号码		证件号码
	联系电话		联系电话
缴费单位经办 人员	姓名	缴费单位 经办人员	姓名
	联系电话		联系电话
开户银行	开户名	开户银行	开户名
	账号		账号
	开户行		开户行
其他			
备注			
经办机构 审核意见	经办工作人员: _____ (受理单位盖章) 年 月 日		

表 4 内蒙古自治区基本医疗保险职工参保信息变更登记表（参考样表）

单位名称： 统一社会信用代码/单位编码： 联系电话： 关键信息 非关键信息 年 月 日

序号	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							
单位经办人员 (签章)			单位意见 (盖章)			经办机构意见 (盖章)	

注：灵活就业人员无需单位盖章和填写单位信息。

表 5 内蒙古自治区基本医疗保险城乡居民参保信息变更登记表（参考样表）

联系电话： 关键信息 非关键信息 年 月 日

序号	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	经办工作人员： （受理单位盖章） 年 月 日						

表 6 内蒙古自治区基本医疗保险缴费基数申报表（参考样表）

单位编号	人员编号	证件类型	人员姓名	证件号码	退休状态	开始年月	结束年月	当前工资	申报工资

表 7 内蒙古自治区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

支取类型	参保人员基本情况				
单位支取	姓名		证件类型及号码		
	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		联系电话		
	账户号码				
	开户行				
个人支取	支取原因	<input type="checkbox"/> 出国定居 <input type="checkbox"/> 主动放弃 <input type="checkbox"/> 其他			
	姓名		联系电话		
	证件类型及号码		常住地址		
	账户号码		开户行		
	被委托人基本情况（如无被委托人，无需填写）				
	姓名		证件类型及号码	联系电话	
	备注	-----			
	支取原因	<input type="checkbox"/> 死亡 继承人（代表人）基本情况			
	姓名		与参保人关系		
	证件类型及号码		联系电话		
	常住地址		工作单位		
	账户号码				
	开户行				
<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>					
签字：	_____	_____	_____	_____	

备注：1.单位支取只需填写支取类型为“单位支取”的部分；2.个人支取只需填写支取类型为“个人支取”中所选“支取原因”对应部分

表 8 内蒙古自治区参保人员基本医疗保险信息表（参考样表）

（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：

证件类型及号码：

性别：

序号	时间	基本医疗保险类型	参保缴费月数	统筹地区经办机构	统筹地区经办机构	备注
	自 年 月至 年 月		小计	名称	行政区划代码	
	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：

转出地医疗保障经办机构（章）：

日期：

年 月 日

注：1.时间：按发生变更的时间段先后顺序依次排列，如实填写，如有中断，要分开记录。

2.基本医疗保险类型：从以下三项中选择填写一项①职工医保；②城乡居民医保；③其他。若填写其他，需在备注说明。

3.基本医疗保险个人账户实际转出资金是指本次基本医保关系转移时由转出地经办机构划入转入地经办机构银行账户的参保人员个人账户实际资金。

表 9 内蒙古自治区门诊慢特病病种待遇认定申请表
(参考样表)

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
证件类型		证件 号码			联系电话	
参保地区						
选择定点 医院				申请人 签名		
门诊慢特病 病种名称 (代码)	(可添加)					
申报病种 情况(符合诊 断标准项目)	<p style="text-align: right;">医师签名： 认定机构名称(盖章)： 年 月 日</p>					
审批意见						
备注						

表10 内蒙古自治区医疗救助申请表
(参考样表)

申请人基本情况	姓名		性别		年龄		身份证件号码	
	家庭住址				村(社区)		联系电话	
申请救助对象类别	<input type="checkbox"/> 低保对象 <input type="checkbox"/> 特困人员 <input type="checkbox"/> 孤儿 <input type="checkbox"/> 低保边缘家庭成员 <input type="checkbox"/> 刚性支出困难家庭中符合条件的大病患者(因病致贫重病患者) <input type="checkbox"/> 防止返贫监测对象 <input type="checkbox"/> 其他(_____)							
申请原因								
申请人授权	现授权_____到_____调查本人及家庭成员经济状况，请以上部门和机构予以配合并向被授权单位提供相关信息，以上部门和机构提供的本人及家庭成员经济状况，本人予以认可。 <div style="text-align: right;">授权人：_____ 年 月 日</div>							
相关认定部门意见 (民政、农业农村等部门)								
经办机构意见								
备注								

申请人：

年 月 日

表11 内蒙古自治区定点医疗机构申请表
(参考样表)

医疗机构名称			
统一社会信用代码			
注册地址			
注册面积		建筑面积	
法定代表人	姓名	联系方式	
	身份证号		
主要负责人	姓名	联系方式	
	身份证号		
实际控制人	姓名	联系方式	
	身份证号		
医疗机构成立时间		医疗机构等级	
医疗机构性质		医疗机构类别	
医疗机构执业许可证发证机关			
医疗机构执业许可证登记号			
医疗机构执业许可证 发证日期		许可证有效期开始日期	
		许可证有效期截止日期	
执业地址行政区划		执业地址	
服务对象		诊疗科目	
编制床位数		实际开放床位数	
收费等级		医疗用房性质	
银行账号		银行开户行	
是否配有专（兼）职医保管理人员			
是否设有内部医保管理部门			
是否具有医保管理、财务、统计信息管 理、医疗质量安全核心制度			

是否具有符合医保协议管理要求的信息系统				
是否设立医保药品、诊疗项目、医疗服务设施、医用耗材、疾病病种等基础数据库				
是否建立进销存信息系统				
是否建立门诊信息系统				
是否建立住院信息系统				
卫生技术人员构成		高级职称	中级职称	初级职称
	医生			
	护士			
	药师			
	医技			
	合计			
已设主要管理制度、台账名称				
联系人姓名		联系人固话		
		联系人手机号		
申请日期		年 月 日		
单位承诺		<p>本单位承诺：所有上传填报的资料全部真实、完整、合法、有效，如因违反上述承诺造成的任何后果或不良影响，本单位自行承担责任。</p> <p>法定代表人签字：_____ 单位公章：_____</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>		

注：本表无需手工填写，在申报单位提交全部申请信息后，在网报系统自动生成，申请单位法定代表人签字、盖单位公章即可。

表 12 内蒙古自治区定点零售药店申请表
(参考样表)

零售药店名称		成立日期	
统一社会信用代码			
法定代表人	姓名	联系方式	
	身份证号		
企业负责人	姓名	联系方式	
	身份证号		
实际控制人	姓名	联系方式	
	身份证号		
药品经营许可证证号		发证机关	
发证日期		有效期 截止日期	
经营方式		经济类型	
经营范围			
注册地址			
仓库地址			
营业地址行政区划		经营药品 品种数量	
药店负责人姓名		医保目录内 药品数量	
药店负责人手机号			
是否配有专（兼）职医保管理人员			
是否具备与医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度			
是否建立药品进销存信息系统			
是否设立医保/非医保专区，并有明确标示			
是否经营中药饮片			
是否具有符合医保协议管理要求的信息系统			

执业药师	人	执业中药师	人
从业药师	人	从业中药师	人
其他药师	人	药师总人数	人
已设主要管理制度、 工作台账名称			
单位承诺	<p>本单位承诺：所有上传填报的资料全部真实完整、合法、有效，如因违反上述承诺造成的任何后果或不良影响，本单位自行承担。</p> <p>法定代表人签字：单位公章：</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>		

注：本表无需手工填写，在申报单位提交全部申请信息后，在网报系统自动生成，申请单位法定代表人签字、盖单位公章即可。

表 13 个人承诺书（参考样表）

本人_____（证件号码：_____），办理
_____业务，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 14 主动放弃承诺书（参考样表）

本人_____（证件号码：_____），
因_____等原因，承诺主动放弃_____
_____等权利，所述信息真实、准确、完整、
有效，由此产生的一切后果均由本人承担。

联系电话：

通讯地址：

承诺人（签名、指印）：

年 月 日