

河南省医疗保障局 文件 河南省财政厅

豫医保办〔2022〕48号

关于进一步做好河南省基本医疗保险 异地就医直接结算工作的通知

各省辖市医疗保障局、财政局，济源示范区医疗保障局、财政金融局，航空港区组织人社局、财政审计局：

为贯彻落实2022年《政府工作报告》部署要求和《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》（医保发〔2022〕22号）精神，结合我省实际，进一步做好基本医疗保险异地就医直接结算工作，现就有关事项通知如下：

一、规范异地就医直接结算备案管理

（一）明确异地就医备案人员范围。异地长期居住或临时外

出就医的参保人员办理异地就医备案后可以享受异地就医直接结算服务。其中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地以外工作、居住、生活的人员；临时外出就医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。

（二）拓宽异地就医备案渠道。参保人员异地就医前，可通过河南医保小程序、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或参保地经办机构窗口等线上线下途径办理异地就医备案手续。参保地经办机构要切实做好异地就医结算政策宣传解读，简化办理流程，缩短办理时限，支持符合条件的参保人员补办异地就医备案手续。

（三）规范异地就医备案有效期限。异地长期居住人员办理登记备案后，备案长期有效。参保地设置变更或取消备案的时限原则上不超过 6 个月。临时外出就医人员备案有效期不少于 6 个月，有效期内可在就医地多次就诊并享受直接结算服务。

（四）允许补办异地就医备案参保人员享受异地就医直接结算服务。参保人员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。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。

二、完善异地就医直接结算政策

（一）统一住院、普通门诊和门诊慢特病费用直接结算基金支付政策。异地就医直接结算的住院、普通门诊（含门诊统筹，

下同)和门诊慢特病医疗费用,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。

(二)支持异地长期居住人员可以在备案地和参保地双向享受医保直接结算服务。异地长期居住人员在备案地就医结算时,基本医疗保险基金的起付标准、支付比例、最高支付限额执行参保地规定的本地就医待遇标准。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,原则上不低于参保地异地转诊待遇水平。异地长期居住人员符合转外就医规定的,执行参保地转诊转院待遇政策。

(三)实现无第三方责任外伤异地就医直接结算。符合就医地管理规定的无第三方责任外伤费用可纳入异地就医直接结算范围,执行相应医保待遇政策。就医地经办机构应将相关费用一并纳入核查范围。

(四)合理确定临时外出就医人员报销政策。临时外出就医人员可低于参保地相同级别医疗机构报销水平,原则上,异地转诊人员和异地急诊抢救人员支付比例的降幅不超过10个百分点,非急诊且未转诊的其他临时外出就医人员支付比例的降幅不超过20个百分点。强化异地就医结算政策与分级诊疗制度的协同,合理确定异地就医人员在不同级别医疗机构的报销水平差异,引导参保人员有序就医。

(五)补办异地就医备案参保人员报销政策。参保人员出院

结算前，补办异地长期居住备案的，本次住院费用结算原则上执行参保地规定的本地就医待遇标准；补办临时外出就医备案的，本次住院费用结算参照临时外出就医人员类型确定待遇水平。参保人员出院结算后，通过提供证明材料补办异地长期居住备案的，本次住院费用结算原则上执行参保地规定的本地就医待遇标准；以个人承诺制申请补办异地长期居住备案的，自申请之日起享受异地长期居住人员待遇水平，本次住院费用结算参照非急诊且未转诊的其他临时外出就医人员待遇水平；补办临时外出就医备案的，本次住院费用结算参照临时外出就医人员类型确定待遇水平。

三、规范异地就医直接结算管理服务

(一) 规范直接结算流程。异地就医直接结算时，就医地应将住院费用明细信息转换为全国统一的大类费用信息，将门诊费用（含普通门诊和门诊慢特病）按照就医地支付范围及有关规定对每条费用明细进行费用分割，经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。参保人员因故无法直接结算的，异地就医联网定点医药机构应将医疗费用明细、诊断等就诊信息及时上传至医疗保障信息平台，支持开展异地就医手工报销线上办理试点。

(二) 实行就医地统一管理。就医地经办机构应将异地就医人员纳入本地统一管理，在医疗信息记录、绩效考核、医疗行为监控、费用审核、总额预算等方面提供与本地参保人员相同的服

务和管理，并在定点医药机构医疗保障服务协议中予以明确。积极探索异地就医人员按照就医地 DRG/DIP 付费规则支付和管理，引导定点医疗机构合理诊疗。

（三）强化异地就医业务协同管理。各级医保部门应健全工作机制，形成分工明确、职责明晰、流程统一的异地就医业务协同管理体系，在问题协同、线上报销、费用协查、信息共享等方面全面提升各级医保经办机构业务协同管理能力。

四、强化异地就医资金管理

异地就医费用中医保基金支付部分实行先预付后清算。省医保局会同省财政厅负责协调和督促各统筹区按规定及时归集和拨付资金。各统筹区医保部门和财政部门应按照《河南省基本医疗保险异地就医直接结算经办规程》（附件）要求，协同做好资金划拨和收款工作。

五、提升医保信息化标准化支撑力度

（一）持续深化全国统一的医疗保障信息平台全业务全流程应用。扎实推进编码动态维护和深化应用，完善医保信息化运维管理体系，不断提升医保数据治理水平，为异地就医直接结算提供强有力的系统支撑。按规定与有关部门共享数据，深化医保电子凭证、医保移动支付、医保电子处方流转、医保服务平台网厅、APP 和小程序等推广应用，推进更多的异地就医结算服务通办。

（二）推进系统优化完善。省级医保部门按照统一的接口标准规范，不断完善省级异地就医管理子系统，并持续推进定点医药机构接口改造适配工作，加快推动医保电子凭证、居民身份证

作为就医介质，优化系统性能，减少响应时间，切实改善参保人员异地就医直接结算体验。

（三）加强系统运维管理和安全保障。省级医保部门应构建基础设施、网络安全、云平台、业务子系统等领域的运维管理流程，落实安全管理责任，提升系统安全运维能力，强化信息系统边界防护，严禁定点医药机构连接医保系统的信息系统接入互联网，规范异地就医身份校验，保障数据安全。统一规范异常交易报错信息质控标准，做好问题分类，简明扼要、通俗易懂地描述错误原因，方便异常交易的问题定位，并及时响应处理。

六、加强异地就医直接结算基金监管

健全异地就医直接结算基金监管机制，完善区域协作、联合检查等工作制度，强化对异地就医直接结算重点地区、重点区域的指导，加强监督考核。落实就医地和参保地监管责任，就医地医保部门要把异地就医直接结算作为日常监管、专项检查、飞行检查等的重点内容，结合本地实际和异地就医直接结算工作特点，严厉打击各类欺诈骗保行为，同时要配合参保地做好相关核查。参保地医保部门要定期开展异地就医医保基金使用情况分析，精准锁定可疑问题线索，积极开展问题核查，确保医保基金安全合理使用。异地就医监管追回的医保基金、扣款等按原渠道返回参保地账户，行政处罚、协议违约金等由就医地医保部门按规定处理。

七、工作要求

（一）加强组织领导。各级医保部门要将异地就医直接结算

工作作为深化医疗保障制度改革的重要任务，加强领导、协调推进，纳入目标任务考核管理。财政部门要按规定及时划拨异地就医资金，合理安排经办机构工作经费，加强与经办机构对账管理，确保账账相符、账款相符。

（二）做好衔接过渡。各级医保部门要及时调整与本通知不相符的政策措施，确保 2022 年 12 月底前政策衔接到位；结合本地实际，进一步明确和细化政策管理规定，精简办理材料，简化办理流程，优化管理服务；同步调整信息系统与本通知相适应，保障异地就医直接结算工作平稳过渡。

（三）加强宣传引导。各地要加大政策宣传力度，采用社会公众喜闻乐见的形式做好政策解读工作，充分利用咨询服务电话、医疗保障门户网站和 APP，拓展多种信息化服务渠道，及时回应群众关切，合理引导社会预期。

附件：河南省基本医疗保险异地就医直接结算经办规程



附 件

河南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 为加强我省异地就医直接结算经办业务管理，规范经办业务流程，推进业务协同联动，提高服务水平，根据《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》（医保发〔2022〕22号）等文件要求，结合我省异地就医运行情况，制定本规程。

第二条 本规程所称异地就医是指我省基本医疗保险参保人员在参保地以外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联网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（包括跨省和省内异地就医）直接结算经办管理服务。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（以下简称城乡居民医保）。离休干部医疗保障异地就医直接结算参照职工基本医疗保险执行；职工生育保险异

地就医直接结算根据国家医保局安排实施后参照本规程执行。

第四条 异地就医直接结算工作实行统一管理、分级负责。省级经办机构承担全国异地就医结算业务流程、标准规范在本辖区内的组织实施，建设和完善省级异地就医结算系统，辖区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。市级经办机构承担国家和省级异地就医结算政策规定在本统筹区内的执行和实施，做好异地就医备案管理、问题协调处理和资金结算清算等工作。县（区）级经办机构配合市级经办机构做好异地就医各项工作。

各级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。

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。将城乡居民大病保险、职工大额医疗费用补助、公务员医疗补助等符合支付政策的医疗费用纳入异地就医直接结算范围，实行“一单制”结算。

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异地就医登记备案手续。

（一）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. 《河南省基本医疗保险异地就医登记备案表》（以下简称备案表，见附件1）；

3. 参保人员按照异地长期居住类型分别提供：异地安置退休人员需提供“户口簿首页”和本人“常住人口登记卡”；异地长期居住人员需提供长期居住证明；常驻异地工作人员需提供异地工作证明材料（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）。若因特殊原因，上述材料备案时无法

及时提供的，可提供《河南省基本医疗保险异地就医备案个人承诺书》（以下简称个人承诺书，见附件2）。

（二）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；

3. 参保人员按临时外出就医类型分别提供：异地转诊人员需提供参保地规定的定点医疗机构开具的《河南省基本医疗保险转诊转院申请表》（见附件3）；异地急诊抢救人员由就诊医院录入急诊信息后视同已备案；其他临时外出就医人员填写个人承诺书。

（三）委托他人代办的，除上述材料外还需持代办人身份证。

第九条 参保人员可在参保地经办机构窗口、河南医保小程序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。鼓励有条件的统筹区为参保人员提供即时办理、即时生效的自助备案或免备案直接结算服务。

第十条 允许补办异地就医备案手续和无第三方责任外伤参保人员享受异地就医直接结算服务。参保人员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。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。同

时，将符合就医地管理规定的无第三方责任外伤费用纳入异地就医直接结算范围，就医地经办机构将相关费用一并纳入核查范围。

第十一条 异地长期居住人员登记备案后，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。以证明材料办理备案的，可随时申请变更；以个人承诺形式办理备案、且备案时间少于6个月的，变更备案信息需提供备案类型所需证明材料。临时外出就医人员备案有效期原则上为6个月，恶性肿瘤放化疗等可延长至12—24个月。

第十二条 参保地经办机构在为参保人员办理异地就医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异地就医联网定点医疗机构享受住院费用直接结算服务，门诊就医时按照参保地异地就医管理规定选择异地就医联网定点医药机构就医购药。

第十三条 参保人员办理异地就医备案后，备案有效期内可在就医地多次就诊并享受异地就医直接结算服务。备案有效期内已办理入院手续的，不受备案有效期限限制，可直接结算相应医疗费用。

第十四条 参保地经办机构要及时为符合条件的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河南省异地就医管理子系统

和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药机构查询。

第四章 就医管理

第十五条 省级经办机构负责指导各统筹区将本地定点医药机构同步纳入异地就医联网结算定点范围。各统筹区经办机构负责在医保信息系统中做好异地就医联网定点医药机构基础信息、医保服务协议状态、联网结算状态等信息动态维护工作，实现定点医药机构本地信息与异地信息自动同步更新。定点医药机构被中止或解除医保服务协议的，其异地就医直接结算服务同时中止或解除。

不同投资主体、经营性质的定点医药机构均可申请开通异地就医联网结算服务，享受同样医保政策、管理和服务。

第十六条 异地就医联网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。提供门诊慢特病直接结算服务时，应将普通门诊和门诊慢特病处方分别开具，专病专治，合理用药。定点医疗机构应当主动为异地就医人员提供相关政策咨询，指引符合政策参保人员办理异地就医备案手续，出院结算前完成登记备案的，异地就医联网定点医疗机构应提供异地就医直接结算服务。

第十七条 参保人员在就医地联网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。

第五章 预付金管理

第十八条 预付金是参保地经办机构预付到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。预付金实行省级统一管理，专款专用，任何组织和个人不得侵占或者挪用，预付金在就医地财政专户中产生的利息归就医地所有，就医地可调剂使用各参保地的预付金。

第十九条 预付金原则上按可支付上年三个月异地就医医疗费用的额度核定，预付金由省级经办机构核定，按年清算。

第二十条 预付金初始额度由省级经办机构核定，生成《河南省_____市（商业保险机构）跨省/省内异地就医初始预付金付款通知书》（见附件4），各统筹区经办机构、商业保险机构在异地就医管理子系统下载后，按规定通知同级财政部门付款。

第二十一条 预付金额度每年度调整一次。省级经办机构每年1月15日前，根据上年度跨省/省内异地就医直接结算资金支出情况，核定各统筹区、商业保险机构本年度应付预付金，生成《河南省跨省/省内异地就医费用预付金调整明细表》（见附件5），出具《河南省_____市（商业保险机构）跨省/省内异地就医预付金付款通知书》（见附件6）、《河南省_____市（商业保

险机构) 跨省/省内异地就医预付金收款通知书》(见附件 7), 通过省异地就医管理子系统进行发布。

各级经办机构、商业保险机构通过省异地就医管理子系统下载, 各级经办机构 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预付单和用款申请计划审核无误后 5 个工作日内进行划款; 商业保险机构在 10 个工作日内按规定付款。各级经办机构、商业保险机构最迟应于每年 2 月 15 日前完成预付金调整额度的收付款工作。

第二十二条 每年 1 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预付金额度调整收付款通知书, 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 5 个工作日内进行划款。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预付金调整额度的收付款工作。

第二十三条 各级财政部门划拨预付金和清算资金时, 注明统筹区名称、资金所属期, 险种类型(职工/离休/居民)、资金用途(跨省/省内)、资金类型(预付金/清算资金)。

第二十四条 省级经办机构完成收付款时, 应在国家跨省异地就医管理子系统内输入付款银行名称、交易流水号和交易日期等信息进行收付款确认。各统筹区经办机构完成收付款时, 应在河南省异地就医管理子系统内进行收付款确认。

第二十五条 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。

第二十六条 当预付金使用率出现红色预警时，省级经办机构向各统筹区经办机构、商业保险机构下达《河南省_____市（商业保险机构）跨省/省内异地就医预付金额度紧急调增通知书》（见附件8）。

各统筹区经办机构接到省级经办机构下发的预付金紧急调增通知书后，应于5个工作日内提交同级财政部门，财政部门审核无误后5个工作日内，完成预付金紧急调增资金的拨付。商业保险机构接到省级经办机构下发的跨省异地就医预付金紧急调增通知书后，于10个工作日内完成紧急调整资金上解。

第二十七条 省级经办机构接到国家级经办机构下发的跨省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5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。

第二十八条 省级经办机构在财政收款专户信息发生变更时，要及时在国家跨省异地就医管理子系统内变更相关信息；各统筹区经办机构在财政收款专户信息发生变更时，要及时在河南省异地就医管理子系统内变更相关信息；各级经办机构向同级财

政部门提交预付单和清算单时，需同步提交异地就医收款银行账号明细表，并将账户信息变更情况告知财政部门。

第二十九条 省级经办机构负责协调和督促各统筹区经办机构（商业保险机构）及时划拨跨省（省内）异地就医预付金及清算资金。省医保局会同省财政厅建立城乡居民医保异地就医资金“预留+清算”机制，由省医保局依据上一年度城乡居民医保异地就医费用和异地就医费用增长率，测算当年异地就医直接结算清算资金，会同省财政厅可从当年城乡居民医保中央财政补助资金和省财政补助资金中进行预留，并定期清算对账，次年第一季度进行结算。

各统筹区经办机构应按要求及时足额划拨异地就医预付金和清算资金，未按要求划拨的，省医保局会同省财政厅定期进行通报。

第六章 医疗费用结算

第三十条 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。

第三十一条 参保人员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。

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；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，应按不同的病种及待遇类别分开结算。已实现异地联网结算的门诊慢特病原则上应在定点医疗机构直接结算，未实现异地联网结算的门诊慢特病可自费结算后携带相关材料回参保地，按参保地规定申请医保手工报销。

第三十二条 参保人员办理长期异地就医备案后，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，原则上住院待遇不低于参保地异地转诊待遇水平；普通门诊（购药）和门诊慢特病待遇同本地就医待遇标准。

参保人员办理临时外出就医备案后，备案有效期内回参保地就医时可享受直接结算服务，各类待遇标准同本地就医待遇标准。

第三十三条 参保人员按规定补办异地就医备案手续的，可在就医地联网定点医疗机构办理直接结算；无法直接结算的，可按参保地规定申请医保手工报销。住院医疗费用按规定降低比例

报销的费用不纳入公务员医疗补助、大病保险和医疗救助合规自付医疗费用范围。

参保人员出院结算前，补办异地长期居住备案的，本次住院费用结算原则上执行参保地规定的本地就医待遇标准；补办临时外出就医备案的，本次住院费用结算参照临时外出就医人员类型确定待遇水平。

参保人员出院结算后，通过提供证明材料补办异地长期居住备案的，本次住院费用结算原则上执行参保地规定的本地就医待遇标准；以个人承诺制申请补办异地长期居住备案的，自申请之日起享受异地长期居住人员待遇水平，本次住院费用结算参照非急诊且未转诊的其他临时外出就医人员待遇水平；补办临时外出就医备案的，本次住院费用结算参照临时外出就医人员类型确定待遇水平。

第三十四条 参保人员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。

第三十五条 参保人员门诊费用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。

第三十六条 参保人员因急诊抢救就医的，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。

第三十七条 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9），为参保人员办理异地就医直接结算。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。

第三十八条 异地就医联网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10），加盖定点医疗机构医疗保险办公室章，相关费用纳入本次住院费用直接结算。

第三十九条 参保人员在就医地异地就医联网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《_____省异地就医住院费用结算单》（见附件 11）、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。

第四十条 异地就医管理子系统每日自动生成日对账信息，实现三方对账，做到数据相符。原则上，省级经办机构应每日完成当日结算信息对账，每月 3 日前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，各统筹区经办机构应及时查明原因，必要时提请省级或国家级经办机构协调处理。

第四十一条 就医地异地就医联网定点医疗机构在参保人员住院费用直接结算前上传费用明细，省级经办机构 3 日内将医疗费用明细上传异地就医管理子系统，参保地经办机构可查询和下载医药费用及其明细项目。

第四十二条 每月 15 日前，异地就医联网定点医药机构自行对账并发起异地就医医疗费用结算申请。当月未按时进行对账并发起结算申请的，顺延至下一结算周期。

省级经办机构在每月 20 日前完成与定点医药机构对账确认工作，各统筹区经办机构按照医保服务协议约定，按时将确认的费用拨付给定点医药机构。

第四十三条 就医地对于参保人员住院治疗过程跨自然年度的，应以出院结算日期为结算时点，按一笔费用整体结算，并将

医疗费用信息传回参保地。参保地根据本地跨年度费用结算办法，可以按一笔费用整体结算；也可以计算日均费用后，根据跨年度前后的住院天数，将住院医疗费用分割到两个年度，确定基金和个人费用分担额度。

第四十四条 支持参保人员普通门诊费用异地就医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。

第四十五条 异地就医发生的医疗费用由就医地经办机构按照就医地的基本医疗保险药品、医疗服务项目和医用耗材等支付范围进行费用审核，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。

第四十六条 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；也可在故障排除或待遇正常后，到就诊医疗机构补报结算。

第七章 费用清算

第四十七条 异地就医费用清算是指省级经办机构之间，省级经办机构与各统筹区经办机构、商业保险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。

第四十八条 异地就医直接结算费用清算，由省级经办机构

统一组织，清算资金流转过程中在各级财政专户产生的利息归各级所有。

第四十九条 异地就医直接结算医疗费用按月清算。于每月25日前，各统筹区经办机构确认异地就医清算数据，省级经办机构根据异地就医直接结算医疗费用，生成《河南省跨省/省内异地就医费用付款清算表》（见附件12）、《河南省_____市跨省/省内异地就医职工医保基金应付明细表》（见附件12-1）、《河南省_____市跨省/省内异地就医城乡居民医保基金应付明细表》（见附件12-2）、《河南省_____市跨省/省内异地就医职工医保基金审核应付扣款明细表》（见附件12-3）、《河南省_____市跨省/省内异地就医城乡居民医保基金审核应付扣款明细表》（见附件12-4）、《河南省_____市跨省/省内异地就医职工医保基金实付明细表/（县区/医疗类别）》（见附件12-5-1，12-5-2）、《河南省_____市跨省/省内异地就医城乡居民医保基金实付明细表（县区/医疗类别）》（见附件12-6-1，12-6-2）、《河南省跨省/省内异地就医费用收款清算表》（见附件13）、《河南省_____市跨省/省内异地就医职工医保基金应收明细表》（见附件13-1）、《河南省_____市跨省/省内异地就医城乡居民医保基金应收明细表》（见附件13-2）、《河南省_____市跨省/省内异地就医职工医保基金审核应收扣款明细表》（见附件13-3）、《河南省_____市跨省/省内异地就医城乡居民医保基金审核应收扣款明细表》（见附件13-4）、《河南省_____市跨省/省内异地

就医职工医保基金实收明细表（县区/医疗类别）》（见附件 13—5—1，13—5—2）、《河南省_____市跨省/省内异地就医城乡居民医保基金实收明细表（县区/医疗类别）》（见附件 13—6—1，13—6—2）、《河南省_____市跨省/省内异地就医费用付款通知书》（见附件 14）、《河南省_____市跨省/省内异地就医费用收款通知书》（见附件 15）、《河南省_____商业保险机构跨省异地就医费用付款通知书》（见附件 16），并在异地就医管理子系统发布。

第五十条 每月月底前，省级经办机构通过国家跨省异地就医管理子系统下载《河南省跨省异地就医费用付款通知书》、《河南省跨省异地就医费用收款通知书》；各统筹区经办机构和商业保险机构通过省异地就医管理子系统分别下载异地就医费用收付款通知书后，各统筹区经办机构于 5 个工作日内提交同级财政部门，各级财政部门对经办机构提交的计划审核无误后 5 个工作日内完成收付资金划拨；商业保险机构于 10 个工作日内完成资金划拨。各级财政部门在完成清算资金收付款后，5 个工作日内将收付款信息反馈到各统筹区经办机构，各统筹区经办机构要在信息系统上完成收付款确认。原则上，当期清算资金应于下期清算前完成拨付。

异地就医预付金和清算资金采用预留模式时，各统筹区经办机构对异地就医费用按月进行核对确认，同时将确认情况报同级财政部门，省级经办机构定期进行清算，同时将清算情况报省财

政厅，预留资金不足的统筹区，按照时限要求及时足额划拨。

第五十一条 原则上当月异地就医直接结算费用应于次月20日前完成申报并纳入清算，清算延期最长不超过2个月。当年异地就医直接结算费用，最晚应于次年第一季度清算完毕。

第五十二条 定点医药机构医疗费用按自然月进行结算，一个自然月为一个结算期。医疗费用审核和资金拨付分开管理，未审核完成不影响资金拨付，审核扣款递延至以后结算期进行追溯扣除。

第八章 审核检查

第五十三条 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，保障参保人员权益。

第五十四条 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，并逐级上报省级经办机构。就医地经办机构发现异地就医参保人员有严重违规行为的，应暂停其直接结算，由参保地经办机构根据相关规定进行处理。

第五十五条 就医地经办机构对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。

第五十六条 省级经办机构适时组织异地就医联审互查，对就医地责任落实情况进行考评。国家、省级经办机构分级负责协调处理因费用审核、资金拨付发生的争议及纠纷。

第五十七条 各级经办机构应加强异地就医费用审核，加快推进智能审核，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。

第九章 业务协同

第五十八条 跨省异地就医费用问题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；省内异地就医费用问题可依托河南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。

第五十九条 参保地医保部门对一次性异地就医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。

各统筹区医保部门每月26日通过异地就医管理子系统下载

费用协查申请汇总表，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。

就医地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沟通处理。

第六十条 各级医保部门可根据异地就医结算业务协同问题的紧急程度，通过异地就医管理子系统提出问题协同申请，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，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。

第六十一条 各级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。

第六十二条 探索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联网定点医药机构上传至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。

第十章 附 则

第六十三条 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。

第六十四条 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。

第六十五条 本规程由河南省医疗保障局负责解释。

第六十六条 本规程自2023年1月1日起实施。《河南省基本医疗保险跨省异地就医住院医疗费用直接结算实施细则（试行）》《河南省基本医疗保险省内异地就医住院医疗费用直接结算

经办规程（试行）》同时废止，以往有关规定与本规程规定不一致的，以本规程为准。

- 附件：1. 《河南省基本医疗保险异地就医登记备案表》
2. 《河南省基本医疗保险异地就医备案个人承诺书》
3. 《河南省基本医疗保险转诊转院申请表》
4. 《河南省_____市（商业保险机构）跨省/省内异地就医初始预付金付款通知书》
5. 《河南省跨省/省内异地就医费用预付金调整明细表》
6. 《河南省_____市（商业保险机构）跨省/省内异地就医预付金付款通知书》
7. 《河南省_____市（商业保险机构）跨省/省内异地就医预付金收款通知书》
8. 《河南省_____市（商业保险机构）跨省/省内异地就医预付金额度紧急调增通知书》
9. 《外伤无第三方责任承诺书》
10. 《住院期间外院检查治疗或定点药店购药单》
11. 《_____省异地就医住院费用结算单》
12. 《河南省跨省/省内异地就医费用付款清算表》
- 12—1. 《河南省_____市跨省/省内异地就医职工医保基金应付明细表》
- 12—2. 《河南省_____市跨省/省内异地就医城乡居民医保基金应付明细表》

- 12—3. 《河南省_____市跨省/省内异地就医职工医保基金审核应付扣款明细表》
- 12—4. 《河南省_____市跨省/省内异地就医城乡居民医保基金审核应付扣款明细表》
- 12—5—1. 《河南省_____市跨省/省内异地就医职工医保基金实付明细表（县区）》
- 12—5—2. 《河南省_____市跨省/省内异地就医职工医保基金实付明细表（医疗类别）》
- 12—6—1. 《河南省_____市跨省/省内异地就医城乡居民医保基金实付明细表（县区）》
- 12—6—2. 《河南省_____市跨省/省内异地就医城乡居民医保基金实付明细表（医疗类别）》
13. 《河南省跨省/省内异地就医费用收款清算表》
- 13—1. 《河南省_____市跨省/省内异地就医职工医保基金应收明细表》
- 13—2. 《河南省_____市跨省/省内异地就医城乡居民医保基金应收明细表》
- 13—3. 《河南省_____市跨省/省内异地就医职工医保基金审核应收扣款明细表》
- 13—4. 《河南省_____市跨省/省内异地就医城乡居民医保基金审核应收扣款明细表》
- 13—5—1. 《河南省_____市跨省/省内异地就医职工

医保基金实收明细表（县区）》

- 13—5—2. 《河南省_____市跨省/省内异地就医职工
医保基金实收明细表（医疗类别）》
- 13—6—1. 《河南省_____市跨省/省内异地就医城乡
居民医保基金实收明细表（县区）》
- 13—6—2. 《河南省_____市跨省/省内异地就医城乡
居民医保基金实收明细表（医疗类别）》
14. 《河南省_____市跨省/省内异地就医费用付款通
知书》
15. 《河南省_____市跨省/省内异地就医费用收款通
知书》
16. 《河南省_____商业保险机构跨省异地就医费用
付款通知书》
17. 异地就医备案、预付金、结算、清算流程图

附件 1

河南省基本医疗保险异地就医登记备案表

备案编号：

姓 名		性别		参保类别	1. 职工医保（离休） <input type="checkbox"/> 2. 城乡居民医保 <input type="checkbox"/>
身份证件号码					
人员类别	<input type="checkbox"/> 异地长期居住备案	<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	登记类别	<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 变更 <input type="checkbox"/> 取消	
	<input type="checkbox"/> 临时外出就医备案	<input type="checkbox"/> 异地急诊抢救 <input type="checkbox"/> 异地转诊就医 <input type="checkbox"/> 其他临时外出就医			
参保地 联系地址		就医地 联系地址			
联系人		联系电话			
转往省 (市、区)		地区 (市、州)			
温 馨 提 示					
<p>1. 异地就医需遵循“先备案、再住院、持码卡结算”原则，如申请备案时已入院，为保证异地就医直接结算，请提前告知工作人员。异地就医备案时，除到北京、天津、上海、重庆、海南、西藏和新疆兵团就医，直接备案到就医省份外，其他备案到就医地省辖市及直管县市（异地就医服务查询：跨省：国家医保服务平台 APP，省内：“河南医保”小程序）；参保人到备案地以外的定点医疗机构就医，按参保地有关规定执行。</p> <p>2. 异地长期居住人员按照长期居住类型分别提供：异地安置退休人员需提供“户口簿首页”和本人“常住人口登记卡”；异地长期居住人员需提供长期居住证明；常驻异地工作人员需提供异地工作证明材料（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）。若因特殊原因，上述材料备案时无法提供的，需填写个人承诺书。办理异地长期居住备案后，备案长期有效；以证明材料办理备案的，可随时申请变更；以个人承诺形式办理备案、且备案时间少于 6 个月的，变更备案信息需提供备案类型所需证明材料。</p> <p>3. 临时外出就医人员按临时外出就医类型分别提供：异地转诊人员一般由参保地规定的定点医疗机构开具转诊单；异地急诊抢救人员由就诊医院录入急诊信息后视同已备案（就诊医院不具备条件的，也可提供符合医疗文书的急诊诊断证明由参保地经办机构备案）；其他临时外出就医人员（非急诊非转诊人员）填写个人承诺书。临时外出就医人员备案有效期原则上为 6 个月。</p> <p>4. 参保人员办理异地就医备案后，备案有效期内可在备案地多次就医并享受异地就医直接结算服务。办理异地长期居住备案后，门诊慢特病待遇同步在备案地使用，直接结算门诊慢特病病种在备案地地享受直接结算，非直接结算病种自费结算回参保地手工报销。</p> <p>5. 参保人员办理长期异地就医备案后，异地就医时原则上享受正常待遇水平；回参保地就医时也可享受直接结算服务，原则上不低于参保地异地转诊待遇水平。参保人员办理临时外出就医备案后，异地转诊人员和异地急诊抢救人员异地就医时原则上降低不超过 10 个百分点，其他临时外出就医人员（非急诊非转诊人员）异地就医时原则上降低不超过 20 个百分点；回参保地就医时享受直接结算服务，待遇标准同本地就医人员。</p>					
备案开始日期	年 月 日	备案结束日期	<input type="checkbox"/> 默认 <input type="checkbox"/> 年 月 日		
是否提供备案 对应材料	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被委托人签名	年 月 日		

经办机构（盖章）： 联系电话： 经办人： 经办日期： 年 月 日
（一式两份，申办人和经办部门各留一份）

附件 2

河南省异地就医备案个人承诺书

姓名		性别		参保类别	1. 职工医保（离休） <input type="checkbox"/> 2. 城乡居民医保 <input type="checkbox"/>
身份证号				联系电话	
人员类别	<input type="checkbox"/> 异地长期居住备案			<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"/> 临时外出就医备案			<input type="checkbox"/> 其他临时外出就医人员	
参保地				就医地	
备案告知书					
<p>1. 异地长期居住人员按照长期居住类型分别提供：异地安置退休人员需提供“户口簿首页”和本人“常住人口登记卡”；异地长期居住人员需提供长期居住证明；常驻异地工作人员需提供异地工作证明材料（参保地工作单位派出证明、异地工作单位证明、劳动合同任选其一）。若因特殊原因，上述材料备案时无法提供的，需填写个人承诺书。办理异地长期居住备案后，备案长期有效；以证明材料办理备案的，可随时申请变更；以个人承诺形式办理备案、且备案时间少于 6 个月的，变更备案信息需提供备案类型所需证明材料。</p> <p>2. 临时外出就医人员按临时外出就医类型分别提供：异地转诊人员一般由参保地规定的定点医疗机构开具转诊单；异地急诊抢救人员由就诊医院录入急诊信息后视同已备案（就诊医院不具备条件的，也可提供符合医疗文书的急诊诊断证明由参保地经办机构备案）；其他临时外出就医人员（非急诊非转诊人员）填写个人承诺书。临时外出就医人员备案有效期原则上为 6 个月。</p> <p>3. 参保人员办理异地就医备案后，备案有效期内可在备案地多次就医并享受异地就医直接结算服务。办理异地长期居住备案后，门诊慢特病待遇同步在就医地使用，直接结算门诊慢特病病种在就医地享受直接结算，非直接结算病种自费结算回参保地手工报销。</p> <p>4. 参保人员办理长期异地就医备案后，异地就医时原则上享受正常待遇水平；回参保地就医时也可享受直接结算服务，原则上不低于参保地异地转诊待遇水平。参保人员办理临时外出就医备案后，异地转诊人员和异地急诊抢救人员异地就医时原则上降低不超过 10 个百分点，其他临时外出就医人员（非急诊非转诊人员）异地就医时原则上降低不超过 20 个百分点；回参保地就医时享受直接结算服务，待遇标准同本地就医人员。</p>					
承诺事项：					
<p>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。</p> <p style="text-align: right;">承诺人（签名、指印）： 被委托人（签名、指印）： 年 月 日</p>					
备注	本表由参保人员或被委托人填写，由医保经办机构存档，两年内不得销毁。				

附件 3

河南省基本医疗保险转诊转院申请表

姓 名		性别		参保类别	1. 职工医保（离休） <input type="checkbox"/> 2. 城乡居民医保 <input type="checkbox"/>
身份证号				联系电话	
转出医疗 机构					
转往医疗 机构/就医地					
疾病初步 诊断结果					
<p>病历摘要及转诊原因：</p> <p style="text-align: right;">医生签字（限主治医师及以上）： 年 月 日</p>					
<p>异地转诊人员报销比例可低于参保地相同级别医疗机构报销水平，原则上异地转诊支付比例的降幅不超过 10 个百分点，本人已经知晓相关政策。</p> <p>患方知情同意签字： 年 月 日</p>					
<p>转出定点医院医保办意见：</p> <p style="text-align: right;">签章：</p> <p>转出时间： 年 月 日 联系电话：</p>					

(一式两份，申办人和经办部门各留一份)

河南省 _____ 市（商业保险机构）跨省/省内异地就医

初始预付金付款通知书

（付款单位全称）：

按照《河南省医保局 财政厅关于进一步做好河南省基本医疗保险异地就医直接结算工作的通知》（豫医保办〔2022〕48号）文件规定，核定初始额度预付金×××××万元。划拨明细清单如下：

付款方：××××××××

结算期：××××××年

单位：万元

序号	统筹区	预付金额度				合计
		职工医保	城乡居民基本医保	城乡居民大病保险	离休医保	
1	郑州市					
2	开封市					
3	.....				
4	.....				
5	.....				
6	.....				
7	.....				
8	.....				
9	省本级					
10	××××公司					
	合计					

河南省医疗保障服务中心

签章日期：_____年 _____月 _____日

附件 5

河南省跨省/省内异地就医费用预付金调整明细表

序号	统筹区	制表单位：(省级经办机构签章)						结算期： 年						单位：万元				
		职工医保		城乡居民基本医保		城乡居民大病保险		离休医保		合计			备注					
		上年额度	本年核定额度	实际划款额度	上年额度	本年核定额度	实际划款额度	上年额度	本年核定额度	实际划款额度	上年额度	本年核定额度		实际划款额度				
1		1	2	3=2-1	4	5	6=5-4	7	8	9=8-7	10	11	12=11-10	13	14	15=14-13		
1	郑州市																	
2	开封市																	
3	.....																
4	.....																
5	.....																
6	.....																
7	.....																
8	.....																
9	省本级																	
10	×××公司																	
	合计																	

河南省 _____ 市(商业保险机构)跨省/省内异地就医 预付款付款通知书

(付款单位全称):

按照《河南省医保局 财政厅关于进一步做好河南省基本医疗保险异地就医直接结算工作的通知》(豫医保办〔2022〕48号)文件规定,调增预付款×××××万元。划拨明细清单如下:

付款方:××××××××

结算期:××××××年

单位:万元

序号	统筹区	预付款额度				合计
		职工医保	城乡居民基本医保	城乡居民大病保险	离休医保	
1	郑州市					
2	开封市					
3	.....				
4	.....				
5	.....				
6	.....				
7	.....				
8	.....				
9	省本级					
10	××××公司					
合 计						

河南省医疗保障服务中心
 签章日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

河南省_____市(商业保险机构)跨省/省内异地就医

预付金收款通知书

(收款单位全称):

按照《河南省医保局 财政厅关于进一步做好河南省基本医疗保险异地就医直接结算工作的通知》(豫医保办〔2022〕48号)文件规定,调减预付金×××××万元。收款明细清单如下:

付款方:××××××××

结算期:××××××年

单位:万元

序号	统筹区	预付金额度				合计
		职工医保	城乡居民基本医保	城乡居民大病保险	离休医保	
1	郑州市					
2	开封市					
3	.....				
4	.....				
5	.....				
6	.....				
7	.....				
8	.....				
9	省本级					
10	××××公司					
	合计					

河南省医疗保障服务中心

签章日期:_____年____月____日

河南省 _____ 市(商业保险机构)跨省/省内异地就医

预付金额度紧急调增通知书

(付款单位名称):

按照《河南省医保局 财政厅关于进一步做好河南省基本医疗保险异地就医直接结算工作的通知》(豫医保办〔2022〕48号)文件规定,紧急调增预付金×××××万元。划拨明细清单如下:

付款方:×××××××××

结算期:××××××年××月

单位:万元

序号	统筹区	预付金额度				合计
		职工医保	城乡居民基本医保	城乡居民大病保险	离休医保	
1	郑州市					
2	开封市					
3	.....				
4	.....				
5	.....				
6	.....				
7	.....				
8	.....				
9	.....				
10	省本级					
	合计					

河南省医疗保障服务中心

签章日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

外伤无第三方责任承诺书

承诺人		参保类别	1. 职工医保(离休) <input type="checkbox"/> 2. 城乡居民医保 <input type="checkbox"/>
身份证号		联系电话	
承诺事项	外伤无第三方责任		
<h3 style="margin: 0;">承诺内容</h3> <p style="margin: 10px 0;">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:</p> <p style="margin: 10px 0;">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。</p> <p style="margin: 10px 0;">温馨提示:</p> <p style="margin: 10px 0;">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。</p> <p style="margin: 10px 0;">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。</p> <p style="text-align: right; margin: 20px 0;">承诺人(签名、指印):</p> <p style="text-align: right; margin: 10px 0;">日期: 年 月 日</p>			

附件 10

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(科)办公室盖章

日期： 年 月 日

省异地就医住院费用结算单

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)	
参保地		险种类型			
就医地		医院名称		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			个人现金支付金额		
# 参保地基金 1			本次起付标准		
# 参保地基金 2					
# 参保地基金 3					
# 参保地基金 4					
# 参保地基金 5					
# 参保地基金 6					

备注: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 12

河南省跨省/省内异地就医费用付款清算表

制表单位:(省级经办机构签章) 结算期: 年 月 日至 年 月 月 单位:元

序号	统 筹 区	应 付				拒 付				实 付				备 注	
		人 次	合 计	城 乡 居 民 医 保 基 本 医 保	大 病 保 险	职 工 医 保 职 工	离 休	人 次	合 计	城 乡 居 民 医 保 基 本 医 保	大 病 保 险	职 工 医 保 职 工	离 休		
1	郑州市														
2	开封市														
3	.....													
4	.....													
5	.....													
6	.....													
7	.....													
8	省本级														
	合 计														

备注:跨省城乡居民大病保险(含原困难群众大病补充保险)由参保地承保公司统一上解

河南省 市跨省/省内异地就医职工医保基金审核应付扣款明细表

制表单位:(省级经办机构签章) 结算期: 年 月 至 年 月 单位:元

项目	清算 人次	基本医疗保险						离休医疗保险		职工 大额 医疗 费用 补助	公务 员 医 疗 补 助	伤 残 人 员 医 疗 保 障	企 业 补 充 医 疗 保 险	生 育 保 险	长 护 险	医 疗 救 助	其 他	合 计	
		个人账户		统筹基金		个人 账 户	统 筹												
		小计	其中 共 济	在 职	退 休			小 计	在 职										退 休
						1	2													3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
统筹区	a	b=	c	d=	e=	f=	g=	h=	i=	j=	k=	l=	m=	n=	o=	p=	q=	r=	
郑州市																			
开封市																			
.....																			
.....																			
.....																			
.....																			
.....																			
.....																			
.....																			
省本级																			
合 计																			

备注:1. 个人账户(含门诊共济)归集基本医疗保险个人账户支付的医疗费
 2. 统筹基金归集属于基本医疗保险统筹基金支付的医疗费
 3. 职工大额医疗费用补助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
 4. 公务员医疗补助归集实施公务员医疗补助办法支付的医疗费
 5. 伤残人员医疗保障归集二等乙级以上革命伤残军人(1—6级残疾军人)医疗费
 6. 企业补充医疗保险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
 7. 生育保险归集属于生育保险基金支付的医疗费
 8. 长护险归集长期护理医疗保险基金支付医疗费
 9. 医疗救助归集医疗救助基金支付医疗费
 10. 其他归集单位补助等非以上项目医疗费
 11. 15=1+2+3+4+5+6+7+8+9+10+11+12+13+14

河南省 市跨省/省内异地就医城乡居民医保 基金审核应付款明细表

单位:元

项目	结算期: 年 月至 年 月									
	制表单位:(省级经办机构签章)	清算人次	家庭账户 (个人账户)	基本医疗保险 统筹基金	大病保险	医疗救助	其他	基本医疗费用 应付款金额	合计	
统筹区	a	1	2	3	4	5	6=1+2+ 4+5	7=3+6		
郑州市										
开封市										
.....										
.....										
省本级										
合 计										

备注:1. 基本医疗保险归集属于基本医疗保险统筹基金支付的医疗费
 2. 家庭账户(个人账户)归集家庭账户(个人账户)支付的医疗费
 3. 城乡居民大病保险(含困难群众大病补充保险)归集属于城乡居民大病保险基金支付的医疗费
 4. 医疗救助归集医疗救助基金支付医疗费
 5. 其他归集非以上项目医疗费

河南省 市跨省/省内异地就医职工医保基金实付明细表(县区)

项目	清算 人次	基本医疗保险						离休医疗保险		职工 大额 医疗 费用 补助	公务 员 医 疗 补 助	伤 残 人 员 医 疗 保 障	企 业 补 充 医 疗 保 险	生 育 保 险	长 护 险	医 疗 救 助	其 他	合 计
		个人账户		统筹基金		个人 账 户	统 筹											
		小计	其中 共 济	在 职	退 休			小 计	在 职										退 休
						1	2											
统筹区	a	b=	c	d=														
		1+2		3+4														
郑州市																		
开封市																		
.....																		
.....																		
.....																		
.....																		
.....																		
.....																		
.....																		
省本级																		
合 计																		

备注: 1. 个人账户(含门诊共济)归集基本医疗保险个人账户支付的医疗费
 2. 统筹基金归集属于基本医疗保险统筹基金支付的医疗费
 3. 职工大额医疗费用补助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
 4. 公务员医疗补助归集实施公务员医疗补助办法支付的医疗费
 5. 伤残人员医疗保障归集二等乙级以上革命伤残军人(1-6级残疾军人)医疗费
 6. 企业补充医疗保险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
 7. 生育保险归集属于生育保险基金支付的医疗费
 8. 长护险归集长期护理医疗保险基金支付医疗费
 9. 医疗救助归集医疗救助基金支付医疗费
 10. 其他归集单位补助等非以上项目医疗费
 11. 15=1+2+3+4+5+6+7+8+9+10+11+12+13+14

制表单位:(省级经办机构签章) 结算期: 年 月至 年 月 单位:元

河南省 市跨省/省内异地就医职工医保基金实付明细表(医疗类别)

项目	清算 人次	基本医疗保险						离休医疗保险		职工 大额 医疗 费用 补助	公务员 医疗 补助	伤残 人员 医疗 保障	企业 补充 医疗 保险	生育 保险	长护险	医疗 救助	其他	合计		
		个人账户		统筹基金		个人账户	统筹													
		小计	其中 共济	在职	退休			小计	在职										退休	
						1	2													3	4	5	6	7
统筹区	a	b= 1+2	c	1	2	d= 3+4	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
河南省																				
合 计																				

制表单位:(省级经办机构签章)

结算期:

年 月 至 年 月

单位:元

备注:1. 个人账户(含门诊共济)归集基本医疗保险个人账户支付的医疗费

2. 统筹基金归集属于基本医疗保险统筹基金支付的医疗费

3. 职工大额医疗费用补助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

4. 公务员医疗补助归集实施二等乙级以上革命伤残军人(1-6级伤残军人)医疗费

5. 伤残人员医疗保障归集二等乙级以上革命伤残军人(1-6级伤残军人)医疗费

6. 企业补充医疗保险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

7. 生育保险归集属于生育保险基金支付的医疗费

8. 长护险归集长期护理医疗保险基金支付医疗费

9. 医疗救助归集医疗救助基金支付医疗费

10. 其他归集单位补助等非以上项目医疗费

11. 15=1+2+3+4+5+6+7+8+9+10+11+12+13+14

河南省 市跨省/省内异地就医城乡居民医保基金 实付明细表(县区)

制表单位:(省级经办机构签章)	结算期: 年 月至 年 月						单位:元	
	清算人次	家庭账户 (个人账户)	基本医疗保险 统筹基金	大病保险	医疗救助	其他	基本医疗费 用应付金额	合计
统筹区	a	1	2	3	4	5	6=1+2+ 4+5	7=3+6
郑州市								
开封市								
.....								
.....								
省本级								
合 计								

备注:1. 基本医疗保险归集属于基本医疗保险统筹基金支付的医疗费

2. 家庭账户(个人账户)归集家庭账户(个人账户)支付的医疗费
3. 城乡居民大病保险(含困难群众大病补充保险)归集属于城乡居民大病保险支付的医疗费
4. 医疗救助归集医疗救助基金支付医疗费
5. 其他归集非以上项目医疗费

河南省 市跨省/省内异地就医职工医保基金应收收明细表

制表单位：(省级经办机构签章) 结算期： 年 月至 年 月 单位：元

项目 统筹区	清算 人次	基本医疗保障		离休医疗保障		职工大 额医疗 费用 补助	公务员 医疗 补助	伤残人 员医疗 保障	企业补 充医疗 保险	生育 保险	长护险	医疗 救助	其他	合计
		个人 账户	统筹 基金	个人 账户	统筹									
郑州市	a	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
开封市														
.....														
.....														
.....														
.....														
.....														
省本级														
合计														

备注：1. 个人账户(含门诊共济)归集基本医疗保险个人支付账户支付的医疗费
 2. 统筹基金归集属于基本医疗保险统筹基金支付的医疗费
 3. 职工大额医疗费用补助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
 4. 公务员医疗补助归集实施公务员医疗补助办法支付的医疗费
 5. 伤残人员医疗保障归集二等乙级以上革命伤残军人(1-6级残疾军人)医疗费
 6. 企业补充医疗保险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
 7. 生育保险归集属于生育保险基金支付的医疗费
 8. 长护险归集长期护理医疗救助基金支付医疗费
 9. 医疗救助归集医疗救助基金支付医疗费
 10. 其他归集单位补助等非以上项目医疗费
 11. 13=1+2+3+4+5+6+7+8+10+11+12

河南省 市跨省/省内异地就医城乡居民医保基金应收收明细表

项目	清算人次	家庭账户 (个人账户)	结算期: 年 月至 年 月					其他	基本医疗费 用应付金额	合计
			基本医疗保 险统筹基金	大病保险	医疗救助	其他	基本医疗费 用应付金额			
统筹区	a	1	2	3	4	5	6=1+2+ 4+5	7=3+6		
郑州市										
开封市										
.....										
.....										
省本级										
合 计										

制表单位:(省级经办机构签章)

单位:元

备注:1. 基本医疗保险归集属于基本医疗保险统筹基金支付的医疗费

2. 家庭账户(个人账户)归集家庭账户(个人账户)支付的医疗费

3. 城乡居民大病保险(含困难群众大病补充保险)归集属于城乡居民大病保险基金支付的医疗费

4. 医疗救助归集医疗救助基金支付医疗费

5. 其他归集非以上项目医疗费

河南省 市跨省/省内异地就医职工医保基金审核应收扣款明细表

制表单位：(省级经办机构签章) 结算期： 年 月至 年 月 单位：元

项目 统筹区	清算 人次	基本医疗保障		离休医疗保障		职工大 额医疗 费用 补助	公务员 医疗 补助	伤残人 员医疗 保障	企业补 充医疗 保险	生育 保险	长护险	医疗 救助	其他	合计
		个人 账户	统 筹 基 金	个人 账户	统 筹									
郑州市	a	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
开封市														
.....														
.....														
.....														
.....														
.....														
省本级														
合计														

备注：1. 个人账户(含门诊共济)归集基本医疗保险个人账户支付的医疗费
 2. 统筹基金归集属于基本医疗保险统筹基金支付的医疗费
 3. 职工大额医疗费用补助归集基本医疗保险后，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
 4. 公务员医疗补助归集实施公务员医疗补助办法支付的医疗费
 5. 伤残人员医疗保障归集二等乙级以上革命伤残军人(1-6级残疾军人)医疗费
 6. 企业补充医疗保险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
 7. 生育保险归集属于生育保险基金支付的医疗费
 8. 长护险归集长期护理医疗救助基金支付医疗费
 9. 医疗救助归集医疗救助基金支付医疗费
 10. 其他归集单位补助等非以上项目医疗费
 11. 13=1+2+3+4+5+6+7+8+10+11+12

河南省 市跨省/省内异地就医职工医保基金实收明细表(县区)

制表单位:(省级经办机构签章) 结算期: 年 月 至 年 月 月 单位:元

项目 统筹区	清算 人次 a	基本医疗保险		离休医疗保险		职工大 额医疗 费用 补助	公务员 医疗 补助	伤残人 员医疗 保障	企业补 充医疗 保险	生育 保险	长护险	医疗 救助	其他	合计	
		个人 账户	统 筹 基 金	个人 账户	统 筹										
															1	2	3	4
郑州市															
开封市															
.....															
.....															
.....															
.....															
.....															
省本级															
合 计															13

备注:1. 个人账户(含门诊共济)归集基本医疗保险个人账户支付的医疗费
 2. 统筹基金归集属于基本医疗保险统筹基金支付的医疗费
 3. 职工大额医疗费用补助归集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
 4. 公务员医疗补助归集实施公务员医疗补助办法支付的医疗费
 5. 伤残人员医疗保障归集二等乙级以上革命伤残军人(1-6级残疾军人)医疗费
 6. 企业补充医疗保险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
 7. 生育保险归集属于生育保险基金支付的医疗费
 8. 长护险归集长期护理医疗保险基金支付医疗费
 9. 医疗救助归集医疗救助基金支付医疗费
 10. 其他归集单位补助等非以上项目医疗费
 11. 13=1+2+3+4+5+6+7+8+10+11+12

河南省 市跨省/省内异地就医职工医保基金实收明细表(医疗类别)

项目 统筹区	清算类型		结算期： 年 月至 年 月 月 日													单位：元
	基本医疗保障		离休医疗保障		职工大额医疗费用补助	公务员医疗补助	伤残人员医疗保障	企业补充医疗保险	生育保险	长护险	医疗救助	其他	合计			
	个人账户	统筹基金	个人账户	统筹												
a	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13			
郑州市																
开封市																
.....																
.....																
.....																
.....																
.....																
省本级																
合计																

备注：1. 个人账户(含门诊共济)归集基本医疗保险个人账户支付的医疗费
 2. 统筹基金归集属于基本医疗保险统筹基金支付的医疗费
 3. 职工大额医疗费用补助归集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
 4. 公务员医疗补助归集实施公务员医疗补助办法支付的医疗费
 5. 伤残人员医疗保障归集二等乙级以上革命伤残军人(1-6级残疾军人)医疗费
 6. 企业补充医疗保险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
 7. 生育保险归集属于生育保险基金支付的医疗费
 8. 长护险归集长期护理医疗保险基金支付医疗费
 9. 医疗救助归集医疗救助基金支付医疗费
 10. 其他归集单位补助等非以上项目医疗费
 11. 13=1+2+3+4+5+6+7+8+10+11+12

河南省 市跨省/省内异地就医城乡居民医保基金 实收明细表(县区)

制表单位:(省级经办机构签章)	结算期: 年 月至 年 月					单位:元		
	清算人次	家庭账户 (个人账户)	基本医疗保险 统筹基金	大病保险	医疗救助	其他	基本医疗费 用应付金额	合计
统筹区	a	1	2	3	4	5	6=1+2+ 4+5	7=3+6
郑州市								
开封市								
.....								
.....								
省本级								
合 计								

备注:1. 基本医疗保险归集属于基本医疗保险统筹基金支付的医疗费
 2. 家庭账户(个人账户)归集家庭账户(个人账户)支付的医疗费
 3. 城乡居民大病保险(含原因困难群众大病补充保险)归集属于城乡居民大病保险基金支付的医疗费
 4. 医疗救助归集医疗救助基金支付医疗费
 5. 其他归集非以上项目医疗费

河南省 市跨省/省内异地就医城乡居民医保基金 实收明细表(医疗类别)

制表单位:(省级经办机构签章)		结算期: 年 月 至 年 月					单位:元	
项目	清算类型	家庭账户 (个人账户)	基本医疗保险 统筹基金	大病保险	医疗救助	其他	基本医疗费 用应付金额	合计
统筹区	a	1	2	3	4	5	6=1+2+ 4+5	7=3+6
郑州市								
开封市								
.....								
.....								
省本级								
合 计								

备注:1. 基本医疗保险归集属于基本医疗保险统筹基金支付的医疗费

2. 家庭账户(个人账户)归集家庭账户(个人账户)支付的医疗费
3. 城乡居民大病保险(含困难群众大病补充保险)归集属于城乡居民大病保险基金支付的医疗费
4. 医疗救助归集医疗救助基金支付医疗费
5. 其他归集非以上项目医疗费

附件 14

河南省_____市跨省/省内异地就医费用付款通知书

_____医疗保障经办机构：

××××年××月跨省/省内异地就医费用付款明细清单如下：

跨省/省内异地就医费用付款汇总表

清算所属月份：××××年××月

付款方：××××××

单位：元(保留两位小数)

序号	统筹区	付款					备注
		清算人次	城乡居民 基本医保	职工医保	离休医保	合计	
1	郑州市						
2	开封市						
3	.....					
4	.....					
5	.....					
6	.....					
7	.....					
8	.....					
9	.....					
10	省本级						
合 计							

明细见：附件 12 系列表单

河南省医疗保障服务中心

签章日期：_____年____月____日

附件 15

河南省_____市跨省/省内异地就医费用收款通知书

_____医疗保障经办机构：

××××年××月跨省/省内异地就医费用收款明细清单如下：

跨省/省内异地就医费用收款汇总表

清算所属月份：××××年××月

收款方：××××××

单位：元(保留两位小数)

序号	统筹区	收款				备注	
		清算人次	城乡居民 基本医保	职工医保	离休医保		合计
1	郑州市						
2	开封市						
3	.....					
4	.....					
5	.....					
6	.....					
7	.....					
8	.....					
9	.....					
10	省本级						
合 计							

明细见：附件 13 系列表单

河南省医疗保障服务中心

签章日期： 年 月 日

附件 16

河南省_____商业保险机构跨省异地就医 费用付款通知书

_____商业保险机构：

××××年××月跨省异地就医费用付款明细清单如下：

跨省异地就医费用付款汇总表

清算所属月份：××××年××月

付款方：××××××

单位：元(保留两位小数)

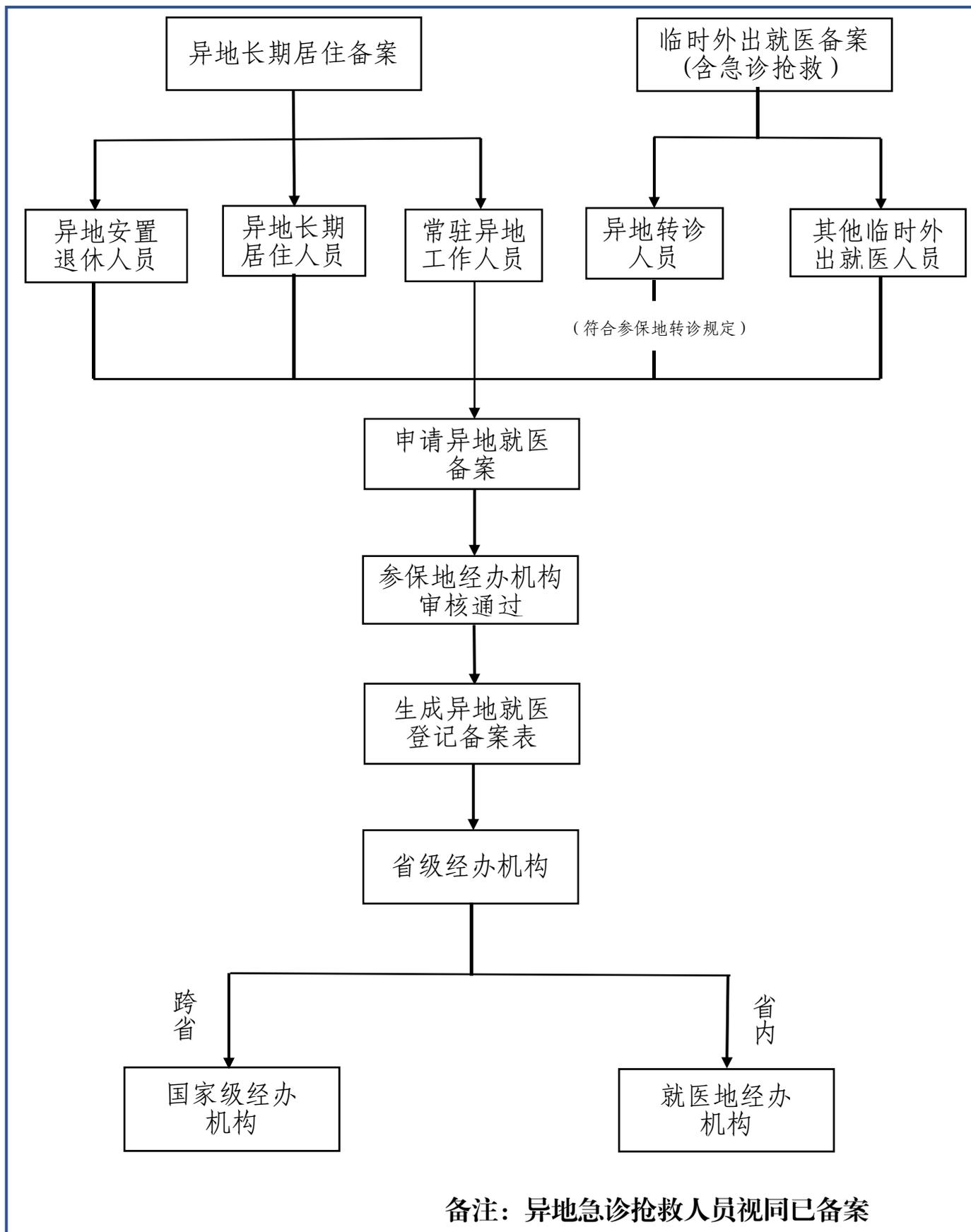
序号	统筹区	商业保 险机构	付款		备注
			清算人次	城乡居民 大病保险	
1	郑州市				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
合 计					

跨省城乡居民大病保险(含原困难群众大病补充保险)由参保地承保商保公司上解。

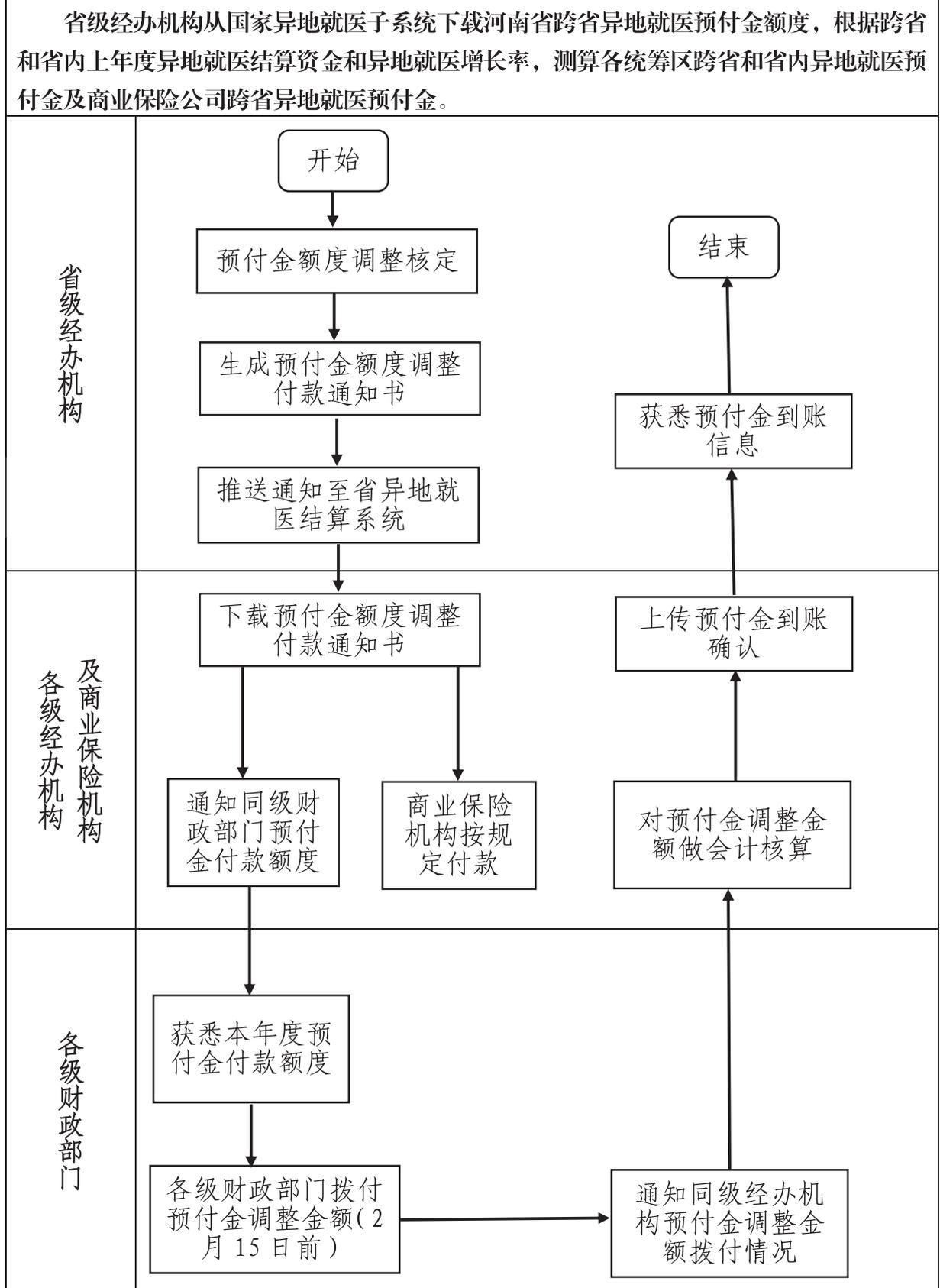
河南省医疗保障服务中心

签章日期： 年 月 日

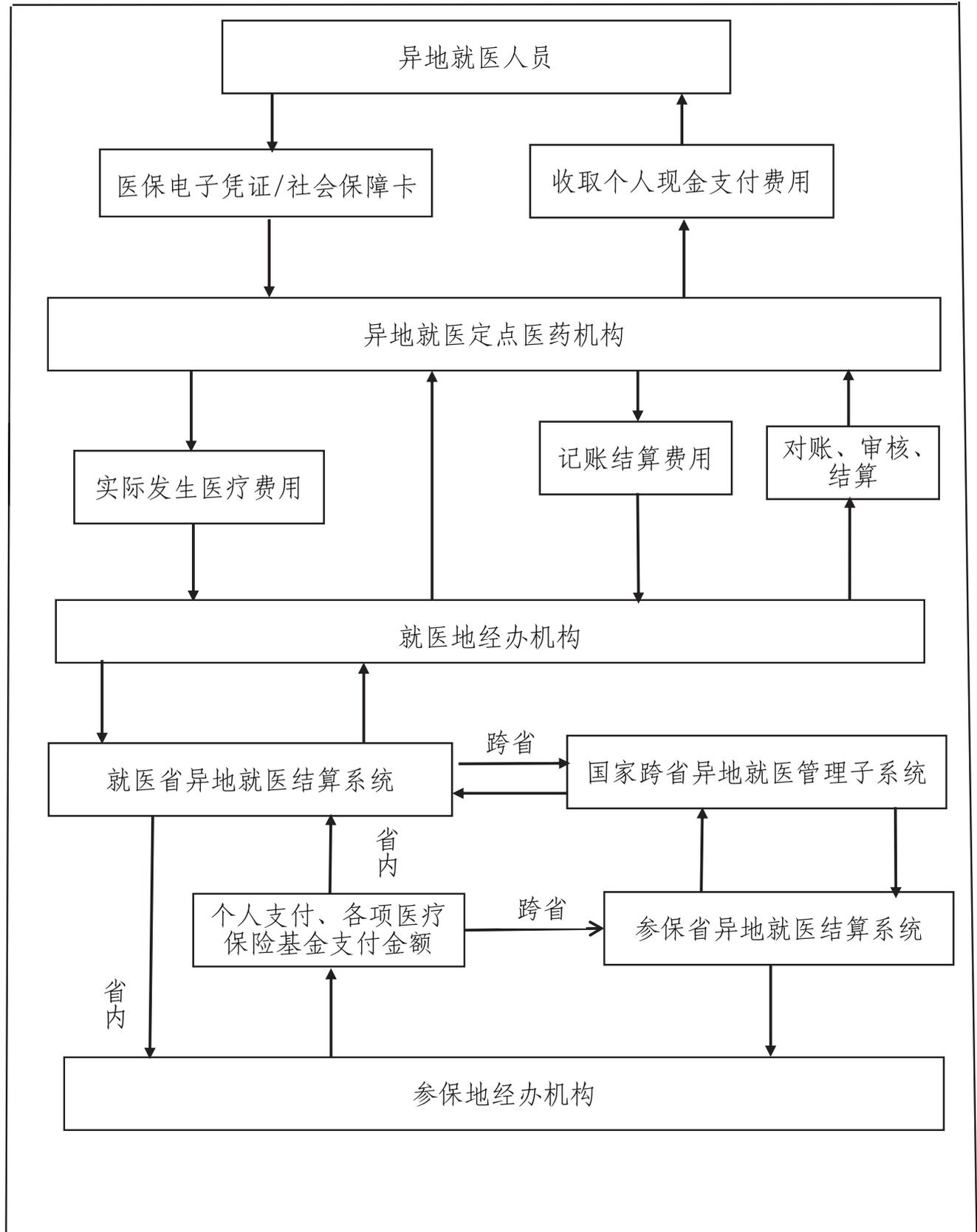
异地就医备案流程



异地就医预付金额度调整、预付流程



异地就医医疗费用结算流程



异地就医医疗费用清算流程

省级经办机构从国家异地就医子系统下载河南省跨省异地就医医疗费用收付款通知书和清算明细，根据跨省清算明细和定点医药机构申请的省内结算明细，生成河南省跨省和省内清算明细。

