452036020001

生育医疗费用支付

服务指南

XXXX年X月X日发布 XXXX年X月X日实施

XXXX（发布单位全称） 发 布

1. 事项编码

452036020001

1. 适用范围

（一）参保职工按时足额缴费期间怀孕生育、施行计划生育手术；

（二）符合国家、自治区生育政策规定。

1. 事项类别

公共服务

1. 设立依据

《中华人民共和国社会保险法》（2010年10月28日主席令第35号公布）第七条;《广西壮族自治区医疗保障局 广西壮族自治区财政厅 国家税务总局广西壮族自治区税务局关于印发广西生育保险和职工基本医疗保险合并实施细则的通知》（桂医保发〔2019〕55号）;《广西壮族自治区医疗保障事业管理中心关于做好三孩生育政策相关待遇支付工作的通知》（桂医保中心函〔2021〕42号）

1. 受理机构

各级医保经办机构

1. 决定机构

各级医保经办机构

1. 办理条件
2. 准予批准的条件：

符合生育保险待遇支付条件

1. 不予批准的情形：

不符合生育保险待遇支付条件

1. 其他需要说明的情形：

无

1. 申办材料

申请人把下列申请资料（文件、物品）送交办理窗口：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 提交材料名称 | 原件/复印件 | 份数 | 纸质/电子版 | 特定要求 |
| 1 | 医保电子凭证或有效身份证件或社保卡（委托他人办理的，还需提供代办人身份证） | 原件或复印件 | 1 | 纸质/  电子版 | 无 |
| 2 | 《广西生育保险待遇申报表》 | 原件 | 1 | 纸质 | 加盖单位公章 |
| 3 | 医疗费用发票 | 原件 | 1 | 纸质 | 发票丢失的，可提供发票存根复印件并加盖医疗机构财务章，同时签署承诺书 |
| 4 | 与医疗费用发票对应的费用结算清单 | 原件 | 1 | 纸质 | 无 |
| 5 | 病历资料（申报住院费用的，提供出院记录；申报门诊费用的，提供门诊病历和疾病诊断证明） | 复印件 | 1 | 纸质 | 无 |
| 6 | 参保单位的银行账户 | 复印件 | 1 | 纸质 | （若医保系统能自动获取单位账号相关信息的，免于提供。领取失业金期间的生育女职工或灵活就业人员（女）申报生育医疗费用，提供本人银行账户。） |
| 7 | 按情形提供符合生育政策证明材料：  ①申报生育医疗费用的，需提供生育登记材料复印件或用结婚证复印件及《符合生育政策承诺书》原件替代  ②申报流产医疗费用，需提供结婚证复印件 | 复印件；《承诺书》原件 | 1 | 纸质 | 生育登记材料、结婚证能通过自治区共享数据交换平台获取的免于提供。 |
| 8 | 生育保险缴费情况证明 | 原件 | 1 | 纸质 | 跨统筹地区就业且未中断缴费的参保职工，应提供转出地医保经办机构开具的生育保险缴费情况证明，加盖公章。 |
| 9 | 配偶身份证及参保地医保经办机构出具的未享受生育保险待遇证明或没有重复享受生育待遇的承诺书 | 身份证原件或复印件；承诺书原件 | 1 | 纸质 | 男职工配偶无工作单位或不符合享受生育保险待遇条件的，申报生育或实施计划生育手术所发生的医疗费用，需提供配偶身份证及参保地医保经办机构出具的未享受生育保险待遇证明或没有重复享受生育待遇的承诺书。 |
| 与生育津贴支付同时办理可合并提供材料。 | | | | | |

1. 办理方式

（一）窗口受理：直接到各级医保经办窗口提交申请材料。

（二）网上申报：进入广西数字政务一体化平台（http://zwfw.gxzf.gov.cn/）或广西壮族自治区医保网上服务大厅（https://ybwt.ybj.gxzf.gov.cn/web/hallEnter/#/Index）进行网上申报。

（三）本地定点医疗机构直接结算。

1. 办理流程
2. 流程图

在医保经办机构申报：

|  |
| --- |
| 接收提交的材料  （即时） |
|  |
| 做出受理决定  (1个工作日) |
|  |
| 审核  (10个工作日) |
|  |
| 待遇拨付  (4个工作日) |
|  |
| 结果反馈  （即时） |

在定点医疗机构直接结算：

|  |
| --- |
| 生育备案  （即时） |
|  |
| 结算  (即时) |
|  |
| 结果反馈  （即时） |

（二）办理程序

1.受理

2.审核

3.拨付

1. 办理时限
2. 法定时限

20个工作日

1. 承诺时限

15个工作日

1. 收费依据及标准
2. 收费项目

无

1. 收费依据

无

（三）收费标准

无

1. 结果送达

1.发送短信通知；

2.扫描业务受理回执单上的二维码查询；

3.登录广西数字政务一体化平台（http://zwfw.gxzf.gov.cn/）或广西壮族自治区医保网上服务大厅（https://ybwt.ybj.gxzf.gov.cn/web/hallEnter/#/Index）查询；

4.窗口自取；

5.邮寄。

1. 咨询方式
2. 现场咨询

各级医保经办机构服务窗口

1. 电话咨询

12345

1. 网上咨询

各级医保部门官方网站

1. 监督投诉渠道
2. 现场监督投诉

各级医保经办机构服务窗口

1. 电话监督投诉

各级医保部门监督投诉电话

1. 网上监督投诉

各级医保部门官方网站

1. 办理地址和时间

地址：XX市XX区（市、县）XX路XX号XX服务大厅XX-XX号窗口

时间：周X至周X 上午XX：XX-XX:XX 下午XX：XX-XX:XX

1. 办理进程和结果查询
2. 办理进程查询方式

1.现场查询

各级医保经办机构服务窗口

2.电话查询

各级医保经办机构查询电话

3.网上查询

窗口办理的：微信扫描受理单二维码查询

网上办理的：通过原办理渠道查询

1. 结果公开查询方式

1.现场查询

各级医保经办机构服务窗口

2.电话查询

各级医保经办机构查询电话

3.网上查询

窗口办理的：微信扫描受理单二维码查询

网上办理的：通过原办理渠道查询

申报表

广西生育保险待遇申报表

□本市自取 □外地邮寄

单位名称： 单位编号： 汇总编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | | 身份证号/  个人编号 |  | |
| 费用发生时间  （填写出生或手术当天） | | 年 月 日 | | | | | |
| 申报项目 | 生育、计划生育项目：  □生育（○顺产、○多胞胎顺产、○难产、○多胞胎难产）  □未满4个月流产 □满4个月流产 □先兆流产 □宫内节育器（○放置、○取出）  □输卵管（输精管）结扎术 □输卵管（输精管）复通术 | | | | | | |
| 生育并发症： | | | | | |
| □羊水栓塞（DIC） | | □母胎血型不合 | □子宫破裂 | | □妊娠期高血压疾病 |
| □产后出血（休克） | | □HELLP综合征 | □产褥期感染 | | □妊娠期糖尿病 |
| □产褥期乳腺炎 | | □羊胎膜感染综合征 | □妊娠期肝内胆汁淤积症 | | |
| 男职工配偶姓名 |  | | 男职工配偶身份证号 | |  | | |
| 发票张数 | 张 | | 医疗费用合计（元） | |  | | |
| 婚姻登记  时间 |  | | 结婚证号 | |  | | |
| 生育登记证号（非必填） |  | | 出生医学证号  （非必填） | |  | | |
| 单位意见 |  | | | | | | |
|  | | | | | |
| 单位（盖章） | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | |
|  | | | | | |
| 本人承诺所提交的材料真实合法，如有虚假，愿承担由此引发的法律责任。 | | | | | | | |
| 承诺人： 日期： 年 月 日 | | | | | | | |

单位经办人： 经办人联系电话：

申请表（填写示范文本）

广西生育保险待遇申报表

☑ 本市自取 □外地邮寄

单位名称：张三所在单位 单位编号： XXXXX 汇总编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 张三 | 性 别 | 女 | | 身份证号/  个人编号 | 450XXXXXXXXXXXXXXX/ 00011XXXX | |
| 费用发生时间  （填写出生或手术当天） | | 202X年 XX 月 XX 日 | | | | | |
| 申报项目 | 生育、计划生育项目：  ☑ 生育（○顺产、○多胞胎顺产、○难产、○多胞胎难产）  □未满4个月流产 □满4个月流产 □先兆流产 □宫内节育器（○放置、○取出）  □输卵管（输精管）结扎术 □输卵管（输精管）复通术 | | | | | | |
| 生育并发症： | | | | | |
| □ 羊水栓塞（DIC） | | □母胎血型不合 | □子宫破裂 | | □妊娠期高血压疾病 |
| □产后出血（休克） | | □HELLP综合征 | □产褥期感染 | | □妊娠期糖尿病 |
| □产褥期乳腺炎 | | □羊胎膜感染综合征 | □妊娠期肝内胆汁淤积症 | | |
| 男职工配偶姓名 |  | | 男职工配偶身份证号 | |  | | |
| 发票张数 | 1 张 | | 医疗费用合计（元） | | 10000 | | |
| 婚姻登记  时间 | 20XX | | 结婚证号 | | XXXXXXXX | | |
| 生育登记证号（非必填） |  | | 出生医学证号  （非必填） | |  | | |
| 单位意见 |  | | | | | | |
|  | | | | | |
| 情况属实，同意申报 单位（盖章） | | | | | |
| 202X 年 XX 月 XX 日 | | | | | |
|  | | | | | |
| 本人承诺所提交的材料真实合法，如有虚假，愿承担由此引发的法律责任。 | | | | | | | |
| 承诺人： 张三 日期：202X 年 XX 月 XX 日 | | | | | | | |

单位经办人： 李四 经办人联系电话： 137XXXXXXXX

个人承诺书样式

样式1

符合生育政策承诺书

医保中心：

本人 ，身份证号 ,

工作单位或户籍地 ，结婚登记日期 ，现办理生育医疗费用报销，本人承诺该孩次符合国家、自治区生育政策规定。

以上情况属实，如不属实，愿承担相应的法律责任，并退回医保基金支付费用。

联系电话：

通讯方式：

承诺人： （加盖手印）

年 月 日

个人承诺书样式

符合生育政策承诺书

（填写示范文本）

XX 医保中心：

本人 张三 ，身份证号 450XXXXXXXXXXXXXXX ,

工作单位或户籍地 XXXXX ，结婚登记日期 20XX年 X 月 X 日 ，现办理生育医疗费用报销，本人承诺该孩次符合国家、自治区生育政策规定。

以上情况属实，如不属实，愿承担相应的法律责任，并退回医保基金支付费用。

联系电话：137XXXXXXXX

通讯方式：XX省XX市XX街道XXX号

承诺人： 张三 （加盖手印）

20XX年 XX月XX日

样式2

个人承诺书

（经办机构名称）：

本人 (身份证号 ), 办理 业务，由于个人原因，丢失以下发票原件，共 张：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **发票名称** | **发票金额** | **发票日期** | **发票号** | **备注注** |
|  |  |  | 年 月 日 日 |  |  |
|  |  |  | 年 月 日 |  |  |
|  |  |  | 年 月 日 |  |  |
|  |  |  | 年 月 日 |  |  |
|  |  |  | 年 月 日 |  |  |
|  |  |  | 年 月 日 |  |  |
|  |  |  | 年 月 日 |  |  |

本人保证本次医疗费用未享受医疗保险待遇，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

个人承诺书

（填写示范文本）

XX医保中心（经办机构名称）：

本人 张三 (身份证号 450XXXXXXXXXXXXXXX ), 办理 生育医疗费用报销 业务，由于个人原因，丢失以下发票原件，共 1 张：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **发票名称** | **发票金额** | **发票日期** | **发票号** | **备注注** |
| 1 | XX省医疗收费票据 | XXX.XX | 20XX年X月X日 | XXXXXX |  |
|  |  |  | 年 月 日 |  |  |
|  |  |  | 年 月 日 |  |  |
|  |  |  | 年 月 日 |  |  |
|  |  |  | 年 月 日 |  |  |
|  |  |  | 年 月 日 |  |  |
|  |  |  | 年 月 日 |  |  |

本人保证本次医疗费用未享受医疗保险待遇，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：137XXXXXXXX

通讯地址：XX省XX市XX街道XXX号

承诺人（签名、指印）： 张三

20XX年XX月XX日

样式3

个人承诺书

（经办机构名称）：

本人 （身份证号 ），工作单位： ，配偶 （身份证号 ）无工作单位或不符合享受生育保险待遇条件，现办理职工生育医疗费用支付业务，本次发生的生育医疗费用符合国家和自治区生育规定，未享受职工生育保险及城乡居民基本医疗保险报销。

本人保证所述信息真实、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

个人承诺书

（填写示范文本）

XX医保中心 （经办机构名称）：

本人 张三 （身份证号 450XXXXXXXXXXXXXXX ），工作单位： XXXXXXX 公司 ，配偶 李四 （身份证号450XXXXXXXXXXXXXXX）无工作单位或不符合享受生育保险待遇条件，现办理职工生育医疗费用支付业务，本次发生的生育医疗费用符合国家和自治区生育规定，未享受职工生育保险及城乡居民基本医疗保险报销。

本人保证所述信息真实、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：**137XXXXXXXX

**通讯地址：**XX省XX市XX街道XXX号

承诺人（签名、指印）： 张三

20XX 年 XX 月 XX 日

**授权委托书**

委托人姓名： 性别： 身份证： 电话：

受委托人姓名： 性别： 身份证： 电话：

因 ，不能亲自办理 相关手续，特委托 作为我的合法代理人，全权代表我办理相关事项，对受委托人在办理上述事项过程中所签署的有关材料，本人均予以认可，并承担相应的法律责任。

委托有效期限：从该委托事项受理之日起至办结之日止。

委 托 人 签名 ： （按手印） 年 月 日

受委托人签名 ： （按手印） 年 月 日

**备注：** 须携带受委托人身份证原件或复印件一份

**授权委托书**

（填写示范文本）

委托人姓名： 张三 性别： 男 身份证： 4501231972XXXXXXXX 电话： 136XXXXXXXX

受委托人姓名： 李四 性别： 男 身份证：4501231989XXXXXXXX 电话： 138XXXXXXXX

本人因 身体原因 ，不能亲自办理 生育医疗费用支付 相关手续，特委托 李四 作为我的合法代理人，全权代表我办理相关事项，对受委托人在办理上述事项过程中所签署的有关材料，本人均予以认可，并承担相应的法律责任。

委托有效期限：从该委托事项受理之日起至办结之日止。

委 托 人 签名 ： 张三 （按手印） 202X 年 X 月 X 日

受委托人签名 ： 李四 （按手印） 202X 年 X 月 X 日

**备注：** 须携带受委托人身份证原件或复印件一份

常见错误示例

1.提供的发票为已报销发票。

2.提供的出院记录无医院盖章。

常见问题解答

1.问：一般多长时间可以办完审批手续？

答:承诺15个工作日办结。

2.问：收费标准及依据是什么？

答：办理此事项不收费。

3.问：票据遗失怎么办？

答：发票丢失的，可提供发票存根复印件并加盖医疗机构财务章，同时签署承诺书。