452036026001

医疗救助对象手工（零星）报销

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

452036026001

1. 适用范围

符合《广西壮族自治区医疗保障局 广西壮族自治区财政厅 广西壮族自治区民政厅关于完善城乡困难群众医疗救助制度的通知》（桂医保规〔2019〕3号）文件规定的医疗救助对象范围申请医手工（零星）报销医疗费用。

1. 事项类别

公共服务

1. 设立依据

《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》（国发〔2016〕3号）;《关于印发<广西壮族自治区城乡困难群众住院医疗救助暂行办法>的通知》（桂民发〔2013〕51号）;《广西壮族自治区医疗保障局 广西壮族自治区财政厅 广西壮族自治区民政厅关于完善城乡困难群众医疗救助制度的通知》（桂医保规〔2019〕3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：

符合享受医疗救助待遇的条件

1. 不予批准的情形：

不符合享受医疗救助待遇的条件

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 | 《广西城乡医疗救助申请审批表》 | 原件 | 1 | 纸质 | 无 |
| 3 | 基本医保、大病保险报销后的结算单 | 原件 | 1 | 纸质 | 无 |
| 4 | 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。  未报销基本医疗保险和患重特大疾病人员需提供。 |
| 5 | 与医疗费用发票对应的费用结算清单 | 原件 | 1 | 纸质 | 未报销基本医疗保险和患重特大疾病人员需提供。 |
| 6 | 门（急）诊病历或急诊留观病历 | 复印件 | 1 | 纸质 | 未报销基本医疗保险和患重特大疾病人员需提供。 |
| 7 | 用药处方 | 复印件 | 1 | 纸质 | 未报销基本医疗保险和患重特大疾病人员需提供。 |
| 8 | 有诊疗经过描述的诊断证明、出院记录 | 复印件 | 1 | 纸质 | 未报销基本医疗保险和患重特大疾病人员需提供。 |
| 9 | 参保人本人银行账户 | 复印件 | 1 | 纸质 | 如无法提供的，可提供参保人员直系亲属的银行账户及双方关系佐证材料或承诺书（承诺书原件） |

1. 办理方式

（一）各定点医疗机构直接结算；

（二）窗口受理：直接到各级医保经办窗口提交申请材料。

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  (即时) |
|  |
| 审核  (8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：

|  |
| --- |
| 受理  （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

30个工作日

1. 承诺时限

12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

微信扫描受理单二维码查询；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。

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

微信扫描受理单二维码查询；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。

申报表

广西城乡医疗救助申请审批表

县（区） 乡镇（街道办） 社区（村）居委会 联系电话：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者家庭信息 | | 户主姓名 | |  | | | 救助对象类别 | | **□城乡特困救助供养对象、孤儿、事实无人抚养儿童 □重度残疾人**  **□其他城乡低保对象 □城乡低收入对象** | | | |
| 家庭人口 | |  | | | 是否建档立卡户 |  | 家庭户口地址 | |  | |
| 患者基本情况 | | 患者姓名 | |  | | | 性别 |  | 年龄 |  | 与户主关系 |  |
| 参保类型 | | □职工 □居民 | | | | 身份证号码 |  | | | |
| 开户名 | |  | | 开户行 | |  | | 银行  账号 |  | | 与开户人  关系 |  |
| 申请理由 | 本人因患有 （主要疾病名称，按诊断书填写），于 年 月 日至 年 月 日（共 天）在 医院接受（□门诊，□住院）治疗，因家庭生活困难，特此申请民政医疗（□门诊，□住院）救助。以上所填写情况真实有效，若有不实，愿承担相应的责任。  申请人签章： 申请日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 医疗救助情况 | 本年累计享受（门诊）医疗救助金额 | | | | 元 | | | | 本年累计享受（住院）医疗救助金额 | | 元 | |
| 本次医疗费开支总额 | | | | 元 | | | | 基本医保合规费用 | | 元 | |
| 基本医保报销金额 | | | | 元 | | | | 大病保险报销金额 | | 元 | |
| 其他渠道报销金额 | | | | 元 | | | | **符合医疗救助范围费用** | | 元 | |
| 治疗效果 | | | | □康复 □好转 □转院 □恶化 □死亡 | | | | | | | |
| 救助金 | **按照桂医保规〔2019〕3号文规定**，此救助对象（□门诊，□住院）治疗个人自行负担合规医疗费用按 %比例救助，年累计救助封顶线为 万元，本次可救助金额为 元。 | | | | | | | | | | | |
| 审核审批 | 县（区）医疗保障局审批意见 | | 经研究，审批同意予以申请人救助金 元。  审核人： 审批人签字： （单位盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | |

广西城乡医疗救助申请审批表

（填写示范文本）

XX县（区） XX 乡镇（街道办）XX 社区（村）居委会 联系电话： 137XXXXXXXX

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者家庭信息 | | 户主姓名 | | 李一 | | | 救助对象类别 | | **☑城乡特困救助供养对象、孤儿、事实无人抚养儿童**  **□重度残疾人**  **□其他城乡低保对象 □城乡低收入对象** | | | |
| 家庭人口 | | 3 | | | 是否建档立卡户 | 是 | 家庭户口地址 | | XX县XX街道XXX号 | |
| 患者基本情况 | | 患者姓名 | | 李一 | | | 性别 | 男 | 年龄 | 60 | 与户主关系 | 本人 |
| 参保类型 | | □职工 **☑**居民 | | | | 身份证号码 | 450XXXXXXXXXXXXXXX | | | |
| 开户名 | | 李一 | | 开户行 | | XX银行 | | 银行  账号 | 6220XXXXXXXXX | | 与开户人  关系 | 本人 |
| 申请理由 | 本人因患有 XXXXX病 （主要疾病名称，按诊断书填写），于 20XX年 XX月XX日至 20XX年 XX月XX日（共 XX 天）在 医院接受（□门诊，**☑**住院）治疗，因家庭生活困难，特此申请民政医疗（□门诊，**☑**住院）救助。以上所填写情况真实有效，若有不实，愿承担相应的责任。  申请人签章： 李一 申请日期： 20XX年 XX月XX日 | | | | | | | | | | | |
| 医疗救助情况 | 本年累计享受（门诊）医疗救助金额 | | | | XXXXX元 | | | | 本年累计享受（住院）医疗救助金额 | | XXX元 | |
| 本次医疗费开支总额 | | | | XXXXX元 | | | | 基本医保合规费用 | | XXX元 | |
| 基本医保报销金额 | | | | XXXX元 | | | | 大病保险报销金额 | | XXX元 | |
| 其他渠道报销金额 | | | | XXX元 | | | | **符合医疗救助范围费用** | | XXX元 | |
| 治疗效果 | | | | **☑**康复 □好转 □转院 □恶化 □死亡 | | | | | | | |
| 救助金 | **按照桂医保规〔2019〕3号文规定**，此救助对象（□门诊，□住院）治疗个人自行负担合规医疗费用按 %比例救助，年累计救助封顶线为 万元，本次可救助金额为 XXXX 元。 | | | | | | | | | | | |
| 审核审批 | 县（区）医疗保障局审批意见 | | 经研究，审批同意予以申请人救助金 XXX 元。  审核人： 王五 审批人签字： 张三 （单位盖章）  20XX年 XX月XX日 | | | | | | | | | |

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 医疗救助对象手工（零星）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

**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 医疗救助对象手工（零星）报销 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. 提供的出院记录无医院盖章。
2. 申报材料不齐全。

常见问题解答

1.问：申请医疗救助待遇之前需要注意什么？

答：先由民政部门认定为医疗救助对象，获得医疗救助资格后方可申报医疗救助待遇支付。

2.问：一般多长时间可以办完审批手续？

答：12个工作日办结。

3.问：办理此项业务是否需要缴纳费用？

答：办理此事项不收费。

4.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。