**附件 1**

**北京市公费医疗直管医疗照顾人员**

**单位信息登记表**

单位名称（公章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| \*组织机构代码 |  | | | | | | |
| 单位简称 |  | | | | \*邮政编码 | |  |
| \*单位经营（办公）地址 | | |  | | | | |
| \*单位法人姓名 | |  | | 联系电话 | |  | |
| \*单位经办人姓名 | |  | | 所在部门 | |  | |
| \*联系电话 | |  | | 单位传真号码 | |  | |
| 单位电子邮箱地址 | |  | | 单位网址 | |  | |
| \*单位类型 | |  | | \*隶属关系 | |  | |
| \*支出户开户银行 | |  | | \*行号 | |  | |
| \*支出户开户全称 | |  | | \*账号 | |  | |
| \*小额支付号 | |  | | | | | |
| 北京市医疗保障局  核准意见 | |  | | | | | |

单位经办人： 市医保中心经办人：

单位负责人： 办理日期： 年 月 日

填表日期： 年 月 日

**填表说明：**

1. 表格中内容须中文工整填写；
2. 表格中带\*号的项目为必录项；
3. 单位类型按以下指标项选择填写：
4. 企业
5. 事业
6. 全额事业
7. 差额事业
8. 机关
9. 社会团体
10. 其他
11. 隶属关系按以下指标项选择填写：
12. 中央
13. 市
14. 区
15. 县
16. 其他

5．行号为银行交换号

6.小额支付号为人行支付系统行号，12位

**附件 2**

**北京市公费医疗直管医疗照顾人员**

**单位信息变更登记表**

单位名称（公章）：

社会保险登记证编码：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 项目名称 | 原登记项目 | 现变更登记项目 |
| 单位名称 |  |  |
| 单位经营（办公）地址 |  |  |
| 邮政编码 |  |  |
| 单位法人姓名 |  |  |
| 联系电话 |  |  |
| 单位经办人姓名 |  |  |
| 联系电话 |  |  |
| 单位传真号码 |  |  |
| 单位电子邮件地址 |  |  |
| 单位类型 |  |  |
| 隶属关系 |  |  |
| 支出户开户银行 |  |  |
| 行号 |  |  |
| 支出户开户全称 |  |  |
| 账号 |  |  |
| 小额支付号 |  |  |

单位经办人： 市医保中心经办人：

单位负责人： 办理日期： 年 月 日

填表日期： 年 月 日

**附件 3**

**北京市公费医疗直管医疗照顾人员单位注销登记表**

单位名称（公章）：

社会保险登记证编码：

|  |  |
| --- | --- |
| 单元名称 |  |
| 单位经营（办公）地址 |  |
| 邮政编码 |  |
| 单位类型 |  |
| 隶属关系 |  |
| 单位注销原因 | 转为非公疗单位（ ） |
| 单位办公地点由本市迁往外地（ ） |
| 单位注销（ ） |
| 解散（ ） |
| 其他（ ） |

单位经办人： 市医保中心经办人：

单位负责人： 办理日期： 年 月 日

填表日期： 年 月 日

**附件 4**

**北京市公费医疗直管医疗照顾人员信息登记表**

单位名称（公章）： 社会保险登记证编码：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | | 公民身份证号码 | | | |  | | 粘贴照片处 | |
| 性 别 | |  | | | | 出生日期 | | | |  | |
| 民 族 | |  | | | | 医疗照顾人员类别 | | | |  | |
| 人  员  增  减 | 增  加 | 增加原因 | | | | | | | | | |
| 新批准  （ ） | | | | | | 其他公疗单位调入  （ ） | | | |
| 非公疗单位调入公疗单位  （ ） | | | | | | 其他  （ ） | | | |
| 减  少 | 减少原因 | | | | | | | | | | | |
| 调到其他公疗单位  （ ） | | | | | 调到非公疗单位  （ ） | | | | 中央单位副部级提升正部级  （ ） | | |
| 取消资格  （ ） | | | | | 去世  （ ） | | | | 其他  （ ） | | |
| 信  息  变  更 | 个人基础信息 | 原姓名 | | 原身份证号码 | | | | | 原性别 | | 原出生日期 | | 原民族 |
|  | |  | | | | |  | |  | |  |
| 现姓名 | | 现身份证号码 | | | | | 现性别 | | 现出生日期 | | 现民族 |
|  | |  | | | | |  | |  | |  |
| 医疗照顾人员类别 | | 原医疗照顾人员类别 | | | | | |  | | | | |
| 现医疗照顾人员类别 | | | | | |  | | | | |
| 定点  医疗  机构  信息 | | 原合同医院 | | 原就近医院 | | | | 原就近医院 | | 原社区医院 | | 原医务室 |
|  | |  | | | |  | |  | |  |
| 现合同医院 | | 现就近医院 | | | | 现就近医院 | | 现社区医院 | | 现医务室 |
|  | |  | | | |  | |  | |  |
| 北京市医疗保障局核准意见  （盖章） | | | 经办人签字： 年 月 日 | | | | | | | | | | |

单位经办人： 市医保中心经办人：

单位负责人： 办理日期： 年 月 日

填表日期： 年 月 日

**填表说明：**

1.表中内容须为中文工整填写，或通过《北京市公费医疗直管医疗照顾人员管理软件》打印；

2.单位管理人员新增业务时，填写姓名、身份证号码、性别、出生日期、民族、医疗照顾人员类别、增加原因、定点医疗机构信息；

3.身份证号码包括公安部门核发的公民身份号码和根据个人提供的护照信息由市医保中心派发的号码；

4.单位办理人员增减业务时，除填写姓名、身份证号码信息外，还需在增减原因的相应栏目下的括号内打“√”；

5.单位办理个人信息变更业务时，除填写姓名、身份证号码信息外，还需在信息变更项的相应栏目内填写原信息和需变更的信息；

6.医疗照顾人员类别按以下指标项选择填写：

（1）在职司局级医疗照顾人员 （2）退休司局级医疗照顾人员

（3）离休的司局级医疗照顾人员 （4）异地安置的退休司局级医疗照顾人员

（5）异地安置的离休司局级医疗照顾人员 （6）在职长期驻外司局级医疗照顾人员

（7）在职副部级医疗照顾人员 （8）退休副部级医疗照顾人员

（9）离休的副部级医疗照顾人员 （10）异地安置的退休副部级医疗照顾人员

（11）异地安置的离休副部级医疗照顾人员 （12）在职长期驻外副部级医疗照顾人员

（13）在职高级知识分子 （14）退休高级知识分子

（15）离休高级知识分子 （16）在职长期驻外高级知识分子

（17）异地安置的退休高级知识分子 （18）异地安置的离休高级知识分子

（19）两院院士 （20）异地安置的两院院士

（21）在职优诊待遇人员 （22）退休优诊待遇人员

（23）享受优诊医疗待遇的离休干部 （24）异地安置的退休优诊待遇人员

（25）异地安置的享受优诊医疗待遇离休干部（26）在职长期驻外优诊待遇人员

（27）参事馆员 （28）异地安置的参事馆员

（29）在职正市级医疗照顾人员 （30）退休正市级医疗照顾人员

（31）离休正市级医疗照顾人员 （32）在职长期驻外正市级医疗照顾人员

（33）异地安置的退休正市级医疗照顾人员 （34）异地安置的离休正市级医疗照顾人员

（35）在职特级教师 （36）在职长期驻外特级教师

（37）退休特级教师 （38）离休特级教师

（39）异地安置退休特级教师 （40）异地安置离休特级教师

（41）在职正部级医疗照顾人员 （42）在职长期驻外正部级医疗照顾人员

（43）退休正部级医疗照顾人员 （44）异地安置退休正部级医疗照顾人员

（45）离休正部级医疗照顾人员 （46）异地安置离休正部级医疗照顾人员

7.新增的医疗照顾人员，单位须到市医疗保障局待遇保障处备案盖章；

8.此表单位填报一份，由市医保中心留存。

**附件7**

**新发与补[换]社会保障卡领卡证明**

社会保障卡服务网点： （专用章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | | | 性 别 | |  | 社会保障号码 | | |  | | |
| 医疗照顾人员类别 | | | |  | | | | | | | | 业务类型 | |  |
| 合同医院 | | |  | | | | | |  | | | | | |
| 定点医疗机构 | | |  | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | |
| 特殊病定点医疗机构 | | | | |  | | | | | 特殊病有效期限 | | |  | |
| 特殊病种 | |  | | | | |  | | | |  | | | |
| 取卡日期 | |  | | | | | 使用期限 | | 至 | | | | | |

经办人 办理日期： 年 月 日

**附件8**

北京市社会保障卡业务回执单

|  |  |
| --- | --- |
| 申请人姓名 |  |
| 申请人性别 |  |
| 社会保障号码 |  |
| 社保卡卡号 |  |
| 代办人姓名 |  |
| 代办人公民身份号码 |  |
| 业务办理类型 |  |
| 补换卡工本费 |  |
| 业务办理时间 |  |

网点名称： 操作员：