

福州市基本医疗保险参保人员住院医疗身份核对表

表号：FZYB40003-1

制定：福州市医疗保障基金管理中心

姓名		性别		年龄		单位	
此次就医医院名称				医院级别			
病区		床号		住院号			
身份证号码				联系电话			
社会保障卡号				手机			
住院起止时间		年 月 日至		年 月 日			
入院诊断							
出院诊断							
身份证（或社会保障卡）复印件粘贴处 社会保障卡无照片的应提供一寸免冠照片				经核对确认，左边复印件或照片与住院患者一致。 经治医生（或科主任）签名： <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 经治医院医保办（医务科）确认盖章 （压左边复印件或照片盖章）： <div style="text-align: right;">年 月 日</div>			
本地就诊未刷卡请填写：							
				申请人签名（盖章）：			
异地急诊请填写：							
1、前往异地的时间：							
2、前往异地的原因：							
				申请人签名（盖章）：			

说明

- 1、此表应由经治医生及时填写本表，经审核后参保地医疗保险经办机构予以受理此次住院医疗费用结算。请用黑色水笔填写，不得涂改。
- 2、出院后持本表、住院发票、医疗费用总清单、手术记录单（有手术的应提供）、住院长短期医嘱单、出院小结（上述材料均须加盖医院公章）、社会保障卡及本人农业银行银联卡号或福州本地农行存折号码（种类为结算户）到市医保中心结算医疗费用。
- 3、外伤须提供外伤住院刷卡申请表，并提供入院记录加盖医院公章，所需表格可在医保中心网站WWW.FZYB.GOV.CN的文件报表栏下载。
- 4、办理地点可就近选择：
 鼓楼分中心：福州市鼓楼区古田路128号劳动大厦1-2层；
 台江分中心：福州市台江区高桥路69号市民服务中心一楼（金源大广场对面）；
 仓山分中心：福州市闽江大道238号仓山文体中心一楼。

泉州市基本医疗保险待遇支付 ——异地医疗参保人员住院核对表

姓名		性别		年龄		单位	
就医医院名称					医院级别		入院日期
病区		床号		住院号			出院日期
社会保障号码或有效身份证明号码					电话（手机）	1、 2、	
入院诊断					出院诊断		
身份证（或社会保障卡）复印件粘贴处					经核对，身份证件与住院患者一致。		
					经治医生（或科主任）签名： 20 年 月 日 经治医院医保办（医务科）盖章 （压左边证件复印件） 签名： 20 年 月 日		
参保地医疗保险经办机构医疗管理部门核查意见： 部门负责人： 20 年 月 日							
经办人： 20 年 月 日							
说明	1、参保人员住院治疗时，应在住院之日起3个工作日内填写本表。 2、未持社会保障卡就诊的，在报销时，本表随报销相关材料一并送至所属地区医保经办机构。						

三明市基本医疗保险参保人员异地住院核对表

姓名		性别		年龄		身份证号	
单位或参保地						电话	
就诊医院名称						电话	
医院级别		病区(科室)		床号		住院号	
入院诊断				出院诊断			
身份证复印件粘贴处				经核对确认左边身份证件与住院患者一致，本次住院医疗费用_____元。 经治医生（或科主任）签名 <div style="text-align: right;">年 月 日</div>			
				经治医院医保办（医务科）盖章 （压左边证件复印件） 签名： <div style="text-align: right;">年 月 日</div>			
附：参保人员报销须提供以下相关材料： 1、基本材料： (1) 患者本人的社会保障卡或新农合参合证原件；(2) 住院医疗费用发票原件；(3) 住院费用汇总明细清单；(4) 疾病诊断证明书；(5) 出院记录（即出院小结）；(6) 患者本人银行存折账户复印件或卡正面与身份证并列复印；(7) 患者本人及代办人身份证复印件。 2、外伤、异地就医等对象需另提供的材料： (1) 因病情需要转外就医的，须提供《三明市基本医疗保险分级诊疗转诊证明》；(2) 自行转外就医人员需提供《三明市基本医疗保险参保人员异地就医住院核对表》；(3) 外伤患者需提供《外伤性疾病确认书》、《保证书》、住院病案首页和入院记录复印件、门急诊病历。							

联系电话：0598-8251141
 （三明市医疗保障基金管理中心待遇科）

龙岩市基本医疗保险参保人员转院转诊申请表

姓 名		身份证号码		联系电话	
参保类型	城镇职工 <input type="checkbox"/> 城乡居民 <input type="checkbox"/>			工作单位	
科 别		床 号		住院号	
转出医院			转入医院		
临床拟诊					
病历摘要及转诊理由： <div style="text-align: right; margin-right: 100px;"> 主诊医师： _____ 年 月 日 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%;"> 主任（副主任）医师： _____ 年 月 日 </div> <div style="width: 45%;"> 科室主任签名： _____ 年 月 日 </div> </div>					
定点医院医务科意见： <div style="text-align: right; margin-right: 50px;"> 盖章： _____ 年 月 日 </div>			定点医院分管院长意见： <div style="text-align: right; margin-right: 50px;"> 盖章： _____ 年 月 日 </div>		
医管中心意见： <div style="text-align: right; margin-right: 100px;"> 盖章： _____ 年 月 日 </div>					

注：1、未经批准自行转诊的，其医疗费用医管中心不予报销。

2、此表一式三份，参保单位、医管中心、转出医院各一份。转外就诊须在入院48小时内向参保地医保管理部报备。

3、转院转诊报销需以下材料：（1）住院发票原件（医院盖章）（2）医疗费用汇总清单（医院盖章）（3）出院小结原件（医院盖章）（4）住院身份核对表（5）社会保障卡或银行卡复印件（6）身份证及代办人身份证复印件（7）异地就医登记办结回执单或转院转诊申请表或申请报告（8）民营医院需提供当地医保机构出具的该院为定点医院证明材料

4、参保城乡居民当年度发生的医疗费用应在下年度3月31日前办理报销手续，逾期不予受理

福建省龙岩市参保人员住院身份核对表

姓 名		性 别		年 龄		参 保 地	
参保类型： <input type="checkbox"/> 城乡居民 <input type="checkbox"/> 城镇职工 <input type="checkbox"/> 特殊人员（厅级、离休、二乙军人）							
医院名称						医院级别	
病 区		床 号				住院号	
身份证号						电 话 (手机)	
入院诊断						出院诊断	
身份证或社会保障卡 复印件粘贴区						入院后经校对，确定左边身份证或社保卡复印件与住院患者一致，并在身份证或社保卡骑缝处加盖科室章。 经管医生签字： 科主任签字： 护士长签字： <p style="text-align: right;">年 月 日</p>	
<p>未在医院持社保卡结算，到参保地医保管理部报销需提供下列材料：</p> 1. 住院发票原件（医院盖章） 2. 医疗费用汇总清单（医院盖章） 3. 出院小结原件（医院盖章） 4. 住院身份核对表 5. 社会保障卡或农业银行卡复印件 6. 身份证及代办人身份证复印件 7. 异地就医登记办结回执单或转院转诊申请表或申请报告 8. 民营医院需提供当地医保机构出具的该院为定点医院证明材料							
<p>备注： 转外就诊须在入院48小时内向参保地医保管理部报备</p> 参保城乡居民当年度发生的医疗费用应在下年度3月31日前办理报销手续，逾期不予受理。							

南安市医疗保险参保参合人员住院核对表

参保类别: 城镇职工医保 城镇居民医保 农村合作医疗

姓名		性别		年龄		联系电话	
医院名称				医保定点	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	医院级别	
单位名称				病区/科室		住院号	
详细地址	南安市 镇(乡) 社区居委会(村) 组						
医疗保险 卡号或新 农合证号				住院类别	<input type="checkbox"/> 医保 <input type="checkbox"/> 生育 <input type="checkbox"/> 外伤		
入院时间	年 月 日			出院时间	年 月 日		
入院诊断				出院诊断			
职工/居民医保卡或身份证复印件黏贴处; 参合人员身份证复印件黏贴处 <b style="font-size: 1.2em;">(盖章处)				经核对, 身份证件与住院患者一致。经治 医生及科室领导签名: 201 年 月 日 经治医院医保办(医务科)盖章(压左边证 件复印件) 签名: 201 年 月 日			
说明	1、参保参合人员住院治疗的, 应在住院之日起3个工作日内认真填写本表; 2、本表一式两份, 一份由就诊医院科室管理, 一份由医院医保窗口管理; 3、异地就医参保人员出院后须持本表、医保IC卡及相关就医材料《①住院发票 ②疾病证明书 ③住院费用汇总明细清单 ④长期及短期医嘱复印件 ⑤出院小结复印件, 均需加盖公章》一并送医保经办机构; 新农合则送至户 籍所在地乡镇卫生院(医院)。						

附: 身份证/户口本 复印件 医疗卡/医疗证 复印件