

# 梅州市医疗保障局

梅市医保函〔2021〕124号

## 梅州市医疗保障局转发《广东省基本医疗保险保障省内跨市就医医疗费用直接结算经办规程（试行）》的通知

各县（市、区）医疗保障局：

现将《广东省医疗保障局关于印发〈广东省基本医疗保险省内跨市就医医疗费用直接结算经办规程（试行）〉的通知》（粤医保规〔2021〕5号）转发给你们，请认真贯彻执行。执行过程中遇到的问题，请径向市医保局反映。



# 广东省医疗保障局文件

粤医保规〔2021〕5号

---

## 广东省医疗保障局关于印发《广东省基本医疗保险 省内跨市就医医疗费用直接结算 经办规程(试行)》的通知

各地级以上市医疗保障局：

现将《广东省基本医疗保险省内跨市就医医疗费用直接结算经办规程（试行）》印发给你们，请认真贯彻执行。执行过程中遇到的问题，请径向省医保局反映。



# 广东省基本医疗保险省内跨市就医 医疗费用直接结算经办规程(试行)

## 第一章 总则

**第一条** 为规范我省省内跨市就医经办管理服务,保障全省有序开展省内跨市就医医疗费用直接结算工作,根据《广东省职工生育保险规定》(广东省人民政府令 第287号)、《国家医保局 财政部关于推进门诊费用跨省直接结算试点工作的通知》(医保发〔2020〕40号)、《广东省医疗保障局 广东省财政厅关于全面开展省内异地就医门诊医疗费用直接结算工作的通知》(粤医保规〔2020〕7号)、《广东省医疗保障局关于印发<广东省基本医疗保险省内异地就医门诊医疗费用直接结算经办规程(试行)>的通知》(粤医保规〔2021〕4号)等规章文件精神,结合我省实际,制定本规程。

**第二条** 本规程所称省内跨市就医是指我省参保人员按规定在其参加基本医疗保险、生育保险的地级以上市行政区域(以下简称参保市)以外的本省行政区域内定点医药机构的就医、购药行为。

**第三条** 本规程适用于参保人员省内跨市就医医疗费用直接结算经办管理服务工作。

**第四条** 省内跨市就医医疗费用直接结算工作实行统一管理、分级负责。省医疗保障事业管理中心（以下简称省医保中心）负责统一组织协调并实施省内跨市就医管理服务工作；负责指导全省跨市就医直接结算业务的稽核工作；负责省内跨市就医医疗保障资金直接结算工作。

各地级以上市医疗保障经办机构（以下简称经办机构）做好本地区的省内跨市就医经办管理服务工作；负责确认本市参保人员在省内跨市就医的医疗费用；负责审核、清算省内跨市就医参保人员在本市定点医药机构就医购药的医疗费用，将审核及清算数据报送省医保中心。

**第五条** 省内跨市就医医疗费用直接结算医保基金支付部分实行先预付后清算。

## 第二章 备案管理

**第六条** 下列参保人员可以申请办理省内跨市就医备案手续，备案完成后其医疗费用可以直接结算。

（一）异地安置退休人员：退休后在异地定居并且户籍迁入定居地的人员。

（二）异地长期居住人员：近期拟在或已在异地同一地区连续居住生活半年以上的人员。

（三）常驻异地工作人员：用人单位派驻异地工作且符

合参保市有关规定的人员。

（四）异地转诊人员：符合参保市转诊规定的人员。

（五）异地生育就医人员：符合国家生育政策的异地就医人员。

（六）临时异地就医人员：因紧急救治和抢救需要，在参保市以外定点医药机构接受紧急诊疗的人员，以及其他符合参保市规定的异地就医人员。

参保人在省内跨市普通门诊、门诊特定病种、产前检查就医，按照参保市规定选择定点医药机构。

**第七条** 省内跨市就医人员备案有效期应当符合下列规定：

（一）异地安置退休人员：长期有效。

（二）异地长期居住人员：根据居住证明有效期合理确定备案有效期。提供承诺书作为备案材料的，备案有效期不超过一年。

（三）常驻异地工作人员：根据参保市工作单位派出证明或异地工作单位证明或劳动合同或个人承诺书确定备案有效期。

（四）异地转诊人员：包括异地门诊（含门诊特定病种）转诊人员和异地转院人员。备案有效期由各统筹区结合本地实际确定。

（五）异地生育就医人员：按照参保市规定执行。

(六) 临时异地就医人员：

1. 急诊人员：因紧急救治和抢救需要，在参保市以外医疗机构门诊就诊、住院的人员，可就诊后补办备案手续。急诊住院当次入院有效。急诊门诊后因病情需要继续门诊或住院治疗的，急诊之日起 10 日内无需再次备案。

2. 其他人员。其他符合参保市规定的省内跨市就医人员，按照参保市规定执行。

**第八条** 参保市应当提供省内跨市就医备案线上服务。参保人员可以通过参保市经办机构窗口或参保市公布的小程序、手机 APP、网站、电话（传真）等渠道，办理跨市就医备案。

**第九条** 已办理省内跨市就医备案的人员，异地居住地、联系电话等信息发生变更，或需省内转诊、变更定点医药机构等，应当及时办理备案变更手续。

**第十条** 跨市就医人员可在符合资质的就医市定点医疗机构办理全省统一的门诊特定病种待遇认定，认定信息由就医市定点医疗机构上传至参保市和就医市经办机构备案。跨市就医人员在参保市办理门诊特定病种待遇认定的，按照参保市规定执行。

### 第三章 协议管理和监督稽核

**第十一条** 定点医药机构应当为参保人员提供省内跨市就医直接结算服务。就医市经办机构应当将跨市就医直接结算工作纳入定点医药机构协议管理范围。各市应互认异地联网定点医药机构。

**第十二条** 各市经办机构负责对本市跨市定点医药机构进行联网结算的相关业务培训，包括政策宣传、就医登记管理、费用结算管理、系统操作等。

**第十三条** 建立跨市就医直接结算稽核协同机制。就医市经办机构应及时处理定点医药机构的违规行为。跨市就医人员有违规行为的，就医市经办机构应及时制止并告知参保市经办机构予以处理。

**第十四条** 省医保中心适时组织省内跨市就医联审互查，对各市责任落实情况、定点医药机构进行评价并予以通报。

**第十五条** 各市经办机构应加强跨市就医费用内控管理，做好跨市就医行为监控，定期编报跨市就医分析报告。

### 第四章 就医管理与服务

**第十六条** 就医市定点医药机构执行实名就医和购药管理规定，按规定对省内跨市就医人员进行身份识别，为跨市就医参保人员提供与本地参保人员同等的诊疗、购药、结算和

门诊特定病种待遇认定备案等服务，实时上传就诊、购药、结算和门诊特定病种待遇认定备案信息等。

参保人员凭医保电子凭证或居民身份证或社会保障卡在已开通省内跨市就医直接结算服务的定点医药机构就医，遵守就医市定点医药机构就医流程和服务规范。

**第十七条** 参保人员省内跨市就医直接结算执行全省统一的基本医疗保险和生育保险药品目录、诊疗项目目录、医用耗材目录及支付标准等有关规定；医疗保险的起付标准、支付比例和最高支付限额以及生育保险待遇等执行参保市政策。

**第十八条** 符合资质的就医市定点医药机构为参保人员提供门诊特定病种就医服务，应当确认参保人员门诊特定病种待遇认定信息，结算相应医疗费用。参保人员同时享受普通门诊和门诊特定病种待遇的，接诊医师应当分别开具单独的普通门诊和门诊特定病种处方，定点医药机构应当分别予以结算；参保人员同时享受多个门诊特定病种待遇的，接诊医师应当按照病种分别开具单独的门诊特定病种处方，定点医药机构应当分别予以结算。

**第十九条** 省内跨市就医生育保险医疗费用直接结算执行全省统一的生育保险项目范围（详见附件1），就医市定点医药机构为参保人员提供生育保险就医服务，应当选取相应生育保险项目标识，结算相应医疗费用。



参保人员发生终止妊娠、分娩住院期间和施行计划生育手术期间的诊治合并症、并发症的费用纳入省内跨市就医生育医疗费用直接结算范围。

**第二十条** 参保人员省内跨市就医医疗费用直接结算时，国家医疗保障信息平台按照参保市政策规定计算出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市定点医药机构。参保人员个人负担的医疗费用可使用个人账户支付。

**第二十一条** 逐步建立补记账机制。因医保信息系统异常、急诊补备案等客观原因未能直接结算的，定点医药机构应当指引参保人员办理补记账手续，并原渠道退回应由医保基金支付的费用。

**第二十二条** 参保人员未到定点医药机构办理补记账手续，其发生的就医费用符合参保市规定的，可向参保市经办机构申请零星报销。逐步建立零星报销协办机制。

参保市经办机构应当通过国家医疗保障信息平台向就医市经办机构和定点医药机构发送零星报销协办业务信息（详见附件2）。就医市定点医药机构应当在3个工作日内按照协办业务信息的要求将参保人员病历和医疗费用明细等资料通过接口方式上传至国家医疗保障信息平台。

就医市定点医药机构上传的参保人员病历和医疗费用明细

等资料符合参保市报销规定的，直接通过国家医疗保障信息平台按照跨市就医直接结算规则对相关费用进行计算，参保市经办机构将应由医保基金支付的费用退回参保人员。

## 第五章 费用结算与年度清算

**第二十三条** 跨市就医门诊医疗费用和生育医疗费用结算，原则上按项目付费。

跨市就医住院医疗费用结算，按照就医市结算办法执行，月度预结算按照就医市规定的比例预拨付给各定点医药机构。就医市实施按病种分值付费的，省内跨市住院医疗费用清算所涉及的病种分值、分值单价、医院系数等按照就医市同一清算年度数据执行。就医市实施按疾病诊断相关分组付费、按床日付费、按项目付费等支付方式的，按照就医市的支付方式执行。结余留用、超支分担等其他清算规则同步按照就医市规则执行。

**第二十四条** 省内跨市就医医疗费用结算流程如下：

（一）申报。每月10日前，定点医药机构根据上月发生的跨市就医医疗费用，按照国家接口规范进行对账及结算清单上传。就医市经办机构根据与定点医药机构对账确认后的医疗费用进行申报，通过国家医疗保障信息平台填报《广东省省内跨市就医医疗费用结算申报表》（相关表样详见附件

件 3-8)。

定点医药机构未按时进行对账确认的，则该医药机构当月费用的结算自动顺延至下一周期。

(二) 受理、审核和结算。每月 20 日前，就医市经办机构通过国家医疗保障信息平台对申报数据进行审核，审核完成后分别生成《广东省省内跨市就医医疗费用月结算审核说明》《广东省省内跨市就医医疗费用月结算审核支付表》《广东省省内跨市就医医疗费用月结算审核支付汇总表》《广东省省内跨市就医医疗费用月结算拨付计划表》(相关表样详见附件 9-18)，并送参保市经办机构确认。

定点医药机构应当通过国家医疗保障信息平台下载《广东省省内跨市就医医疗费用月结算审核说明》《广东省省内跨市就医医疗费用月结算审核支付表》用于院内账务核对。如医药机构对审核结果有异议，可与就医市经办机构协商达成一致意见后，由就医市经办机构于下一结算周期中统一补拨或补扣。

(三) 医疗费用月结算拨付。每月底前，省医保中心根据就医市经办机构在国家医疗保障信息平台生成的《广东省省内跨市就医医疗费用月结算拨付计划表》，按照与开户银行约定的支付表格将电子支付指令传送给开户银行，并委托开户银行将医疗费用资金统一拨付给就医市定点医药机构，

同时在国家医疗保障信息平台将《广东省医疗保险跨市就医结算专户划拨凭证》（见附件 19）、《广东省省内跨市就医医疗费用险种分类表》（见附件 20）电子信息反馈给参保市经办机构。

**第二十五条** 就医市经办机构开展本地医疗费用年度清算时，同步开展省内跨市住院医疗费用年度清算。

定点医药机构未正常记账结算的经由参保市经办机构按规定予以零星报销的跨市住院医疗费用，以零星报销结算时间计入该定点医药机构当年度跨市住院医疗费用清算范围。就医市对各定点医药机构省内跨市住院医疗费用（区分职工医保、城乡居民医保）进行清算，根据清算结果在国家医疗保障信息平台生成《广东省省内跨市住院医疗费用年度清算拨付计划表》（见附件 21），经参保市经办机构确认后报省医保中心按规定支付。各参保市对相应定点医药机构全年应支付金额，根据就医市该定点医药机构的清算费用结果以及各参保市在该定点医药机构发生的记账费用占比确定。

年度清算时，定点医药机构的清算金额小于该年度医保基金预付总额的，应在收到清算结果 10 日内原渠道足额归还。

## **第六章 基金财务管理**

**第二十六条** 各市要坚持“以收定支、收支平衡、略有结余”的总额预算编制原则，统筹考虑地区内就医与转外就医等情况，完善分项分类预算管理办法，健全预算和结算管理机制。

### **第二十七条**

（一）省级异地就医结算专户（下称省结算专户）用于结算全省跨市就医医疗费用。

（二）省结算专户所产生的利息按季度上缴到社保基金财政专户。

（三）医疗费用结算过程中发生的银行手续费、银行票据工本费及其他的相关费用由结算专户开户银行承担。

**第二十八条** 每年2月5日前，省医保中心按照上上年度跨市就医支出总额的30%（以十万元为整数）核定各市跨市就医年度预付金金额并下达通知至各市，各市收到通知后于10日内将核定的预付金划入省结算专户。每月月结后，当各市跨市就医年度预付金结存量低于30%时应于10日内补足。

### **第二十九条**

（一）预付金。省医保中心收到各市上缴年度预付金或补足预付金时，根据通知以及银行划款通知单，借记“银行存款”，贷记“暂收款”，“暂收款”按市设置明细科目核算。各市经办机构根据省医保中心下发的通知以及银行划款通知单，借

记“暂付款”，贷记“银行存款”。

（二）医疗费用。省医保中心支付跨市就医定点医药机构医疗费时，根据各地市确认的金额以及银行划款通知单，借记“暂收款”，贷记“银行存款”，冲减“暂收款”的各市明细。参保市经办机构根据开户银行划款通知单，借记“社会保险待遇支出”等，贷记“暂付款”。

### 第三十条

（一）省医保中心负责核准省结算专户的收支明细账，市经办机构负责核对本地区账户的收支明细账。

（二）建立跨市就医结算及对账制度。市经办机构指定专人负责每月底对应收应付及余额情况进行核对，并协助省医保中心做好结算专户资金划转的核实工作。

（三）每月3日前，省、市经办机构应认真核对账户余额和交易明细，确保结算数据和信息一致。

## 第七章 附则

第三十一条 各市经办机构按照国家、省信息系统接口和数据规范指导本市定点医药机构做好结算联网工作。定点医药机构配合做好省内跨市就医信息系统建设工作。

**第三十二条** 本规程实施首年，年度清算时，零星报销跨市住院医疗费用计入该定点医药机构当年度跨市住院医疗费用的时间，与各市上线零星报销协办业务平台的时间保持一致。

**第三十三条** 跨市就医业务档案由参保市经办机构和就医市经办机构按照其办理的业务分别保管。

**第三十四条** 我省原有文件与本规程不一致的，按本规程执行。

**第三十五条** 本规程由省医疗保障局负责解释。

**第三十六条** 本规程自 2022 年 1 月 1 日起试行，有效期 3 年。

- 附件：
- 1.广东省省内跨市就医生育保险项目范围
  - 2.广东省省内跨市住院医疗费用零星报销  
协办业务信息表
  - 3.广东省省内跨市就医医疗费用结算申报表  
(职工医保一级表)
  - 4.广东省省内跨市就医医疗费用结算申报表  
(职工医保二级表)
  - 5.广东省省内跨市就医医疗费用结算申报表  
(职工医保三级表)

- 6.广东省省内跨市就医医疗费用结算申报表  
(居民医保一级表)
- 7.广东省省内跨市就医医疗费用结算申报表  
(居民医保二级表)
- 8.广东省省内跨市就医医疗费用结算申报表  
(居民医保三级表)
- 9.广东省省内跨市就医医疗费用月结算审核说明(职工医保)
- 10.广东省省内跨市就医医疗费用月结算审核支付表(职工医保-经办机构用表)
- 11.广东省省内跨市就医医疗费用月结算审核支付表(职工医保-定点医药机构下载用表)
- 12.广东省省内跨市就医医疗费用月结算审核说明(居民医保)
- 13.广东省省内跨市就医医疗费用月结算审核支付表(居民医保-经办机构用表)
- 14.广东省省内跨市就医医疗费用月结算审核支付表(居民医保-定点医药机构下载用表)
- 15.广东省省内跨市就医医疗费用月结算审核支付汇总表(职工医保)
- 16.广东省省内跨市就医医疗费用月结算审核



核支付汇总表（居民医保）

17.广东省省内跨市就医医疗费用月结算拨  
付计划表（职工医保）

18.广东省省内跨市就医医疗费用月结算拨  
付计划表（居民医保）

19.广东省医疗保险跨市就医结算专户划拨凭证  
（收/付款）

20.广东省省内跨市就医医疗费用险种分类表

21.广东省省内跨市就医医疗费用年度清算拨  
付计划表

附件1

## 广东省省内跨市就医生育保险项目范围

序号	项目名称
1	产前检查
2	终止妊娠（含宫外孕终止妊娠）
3	顺产
4	剖宫产
5	放置（或取出）宫内节育器
6	输卵管结扎
7	输卵管复通
8	输精管结扎
9	输精管复通
10	人工流产
11	引产

附件 2

# 广东省基本医疗保险省内跨市就医医疗费用零星报销协办业务信息表

参保市经办机构（盖章）：

序号	姓名	证件号码	业务类型	机构代码	定点医疗机构名称	费用发生起始时间	费用发生终止时间	总费用（元）	上传病历	上传费用明细	完成上传时间	备注
1												
2												
.....												

注：1.业务类型栏：普通门诊/门诊特定病种/普通住院/生育门诊/生育住院。

2.机构代码栏：填写国家医疗保障业务信息编码标准规定的定点医药机构代码。

3.费用发生起始（结束）时间栏：就医诊疗业务按照医疗费用财政票据上显示的诊疗起止时间填写。例如：格式为 2022 年 1 月 1 日。

4.总费用栏：填写财政票据显示的总金额。

- 5.上传病历栏:确需上传病历帮助判断是否符合报销规定的,应当在本栏明确需定点医药机构上传该参保人员普通门诊、门诊特定病种、普通住院、生育门诊、生育住院、生育住院等病历盖章(医保办)扫描件。仅需上传明细的,本栏填“否”
- 6.上传费用明细:填写“是”,必要时可详细说明。
- 7.完成上传时间栏:填写定点医药机构须完成上传的截止时间,如2022年1月1日。原则上应预留5个工作日。
- 8.每张财政票据填写一条。

填写人:

联系电话:

填写日期: 年 月 日

附件 3

# 广东省省内跨市就医医疗费用结算申报表（职工医保）

## （定点医药机构申报一级表）

就医市（统筹区）名称：

定点医药机构名称：

定点医药机构代码：

申报结算日期：2022-01-01 至 2022-01-31

业务交接号：

金额单位：元（保留两位小数）

参保市	人数	人次	医疗费用 总额	个人支付 金额	自费		医保记账 金额合计	基本医疗保险		大病保险	补充医疗 保险	公务员 补助	伤残人员 医疗保障	医疗救助	其他
					自费	自付		统筹基金	个人账户						
广州市															
深圳市															
...															
合计															

定点医药机构制表人：张三

定点医药机构复核人：李四

确认申报日期：2022年02月10日

定点医药机构财务部门联系电话：

备注

1. 结算日期以自然月份的1日零时至月度最后一日24时为准。

2. 个人支付金额=个人自费+个人自付。

3. 个人自付归集个人先自付金额和各保险共付段中的自付金额（含超额自负金额）。

4. 医保记账金额合计=基本医疗保险+大病保险+补充医疗保险+公务员补助+伤残人员医疗保障+医疗救助。

5. 基本医疗保险=统筹基金+个人账户。

6. 个人账户归集基本医疗保险个人账户支付的医疗费。

7. 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。

8. 公务员补助归集实施公务员医疗补助办法支付的医疗费。

9. 医伤残人员医疗保障归集（1-6级）伤残军人医疗费。

10. 医疗补助归集支付医疗救助对象的医疗费。

11. 其他归集非以上项目医疗费。

附件 4

# 广东省内跨市就医医疗费用结算申报表（职工医保） （定点医药机构申报二级表）

定点医药机构名称：

业务交接号：

申报结算日期：2022-01-01 至 2022-01-31

参保市：

定点医药机构代码：

金额单位：元（保留两位小数）

序号	业务类型	待遇类型	人员类别	人数	诊疗人次	诊疗天数	医疗费总金额	自费金额	个人先自付金额				大病保险		补充医疗保险		公务员医疗补助共付段		伤残人员医疗保障金额	医疗救助记账金额	其他记账金额	记账金额合计	是否互联网就医	备注			
									起付线	药品	医疗服务项目	医用耗材	统筹记账金额	个人账户支付金额	自付金额（含超限自付）	大病保险记账金额	自付金额（含超限自付）	补充医疗保险记账金额							自付金额（含超限自付）	公务员医疗补助记账金额	自付金额（含超限自付）
1	普通门诊	普通门诊	在职																								
			退休																								
			其他																								
			普通门诊小计																								











17	门诊 特定 病种	耐多药肺 结核	在职																																									
			退休																																									
			其他																																									
			小计																																									
18	门诊 特定 病种	类风湿关 节炎	在职																																									
			退休																																									
			其他																																									
			小计																																									
19	门诊 特定 病种	强直性脊 柱炎	在职																																									
			退休																																									
			其他																																									
			小计																																									
20	门诊 特定 病种	多发性 硬化	在职																																									
			退休																																									
			其他																																									
			小计																																									





29	门诊 特定 病种	肥大症. 银屑病	退休	
			其他	
			小计	
			在职	
30	门诊 特定 病种	克罗恩病	退休	
			其他	
			小计	
			在职	
31	门诊 特定 病种	溃疡性 结肠炎	退休	
			其他	
			小计	
			在职	

32	门诊 特定 病种	湿性年龄 相关性黄 斑变性	在职																																											
			退休																																											
			其他																																											
			小计																																											
33	门诊 特定 病种	糖尿病 黄斑水肿	在职																																											
			退休																																											
			其他																																											
			小计																																											
34	门诊 特定 病种	脉络膜新 生血管	在职																																											
			退休																																											
			其他																																											
			小计																																											
35	门诊 特定 病种	视网膜静 脉阻塞所 致黄斑水 肿	在职																																											
			退休																																											
			其他																																											
			小计																																											









47	门诊 特定 病种	慢性肾功能不全 (非透析 治疗)	在职	
			退休	
			其他	
			小计	
48	门诊 特定 病种	慢性肾功能不全 (血透治 疗)	在职	
			退休	
			其他	
			小计	
49	门诊 特定 病种	慢性肾功能不全 (腹透治 疗)	在职	
			退休	
			其他	
			小计	
50	门诊 特定 病种	恶性肿瘤 (非放化 疗)	在职	
			退休	
			其他	
			小计	





58	重大疫情特殊医疗保障门诊	特殊门诊	在职	
		3	退休	
			其他	
		小计		
59	重大疫情特殊医疗保障门诊	全部特殊门诊	在职	
			退休	
			其他	
		全部特殊门诊小计		
60	普通住院	普通住院	在职	
			退休	
			其他	
		普通住院小计		
61	生育门诊	产前检查	职工	
			职工未就业配	









70	生育 住院	顺产	小计	职工	职工 未就 业配 偶	其他	小计	职工	职工 未就 业配 偶	其他	小计	职工	职工 未就 业配 偶
71	生育 住院	剖宫产	小计	职工	职工 未就 业配 偶	其他	小计	职工	职工 未就 业配 偶	其他	小计	职工	职工 未就 业配 偶
72	生育 住院	人工流产	小计	职工	职工 未就 业配 偶	其他	小计	职工	职工 未就 业配 偶	其他	小计	职工	职工 未就 业配 偶

73	生育住院	引产	其他																						
			小计																						
74	全部生育住院	全部生育住院	职工																						
			职工未就业配偶																						
			其他																						
			小计																						
75	合计	合计	职工																						
			职工未就业配偶																						
			其他																						
			小计																						

定点医药机构制表人：张三  
 定点医药机构复核人：李四

确认申报日期：2022年02月10日  
 定点医药机构财政部门联系电话：

备注 1. 结算日期以自然月份的 1 日零时至月度最后一日 24 时为准。

2. 医保记账金额合计栏金额=基本医疗保险记账金额+大病保险记账金额+地方补充医疗保险记账金额+公务员补助记账金额+伤残人员医疗保障记账金额+医疗救助记账金额+其他记账金额。

3. 重大疾病特殊医疗保障门诊按照国家、省有关政策规定适时启用。

4. 特殊门诊 1：无起付标准，有目录限制，按参保市一级定点医药机构门诊报销比例结算，个人负担部分不计入个人年度累计额度（个人实际不承担此部分费用，由财政部门支付）。

5. 特殊门诊 2：无起付标准，无目录限制，按医保基金支付 70% 比例结算，个人负担部分不计入个人年度累计额度（个人实际不承担此部分费用，由财政部门支付）。

6. 特殊门诊 3：无起付标准，无目录限制，按医保基金支付 100% 比例结算。

附件 5

# 广东省内跨市就医医疗费用结算申报表（职工医保） （定点医药机构申报三级表）

定点医药机构名称：

业务交接号：

参保市：

定点医药机构代码：

申报结算日期：2022-01-01 至 2022-01-31

金额单位：元（保留两位小数）

序号	姓名	性别	年龄	证件类型	类别	机构代码	定点医药登记号	业务类型	待遇类型	就医开始日期	就医结束日期	就诊天数	出院日期	医疗费用总金额	自费金额	个人先自付		基本医疗保险		大病保险		补充医疗保险		公务员医疗		其他记账金额	记账金额合计	是否属于第三	是否属于转诊	是否属于互联网	备注	
																起付线	药品耗材支付项目	统筹个人账户	自付金额	大病金额	自付金额	补充金额	自付金额	补助金额	自付金额							补助金额

	普通门诊/ 门诊特定病 种(按病种 单列)/特殊 门诊 1、2、 3/普通住院	普通门诊/ 门诊特定 病种/重大 疫情特殊 医疗保障 门诊/普通 住院/生育 门诊/生育 住院	普通门诊/ 门诊特定病 种(按病种 单列)/特殊 门诊 1、2、 3/普通住院 /生育门诊 (按项目单 列)/生育住 院(按项目 单列)	是/ 否	是/否	是/否	是/否
1	张	三					
2	...	...					
总计							

定点医药机构制表人：张三

定点医药机构复核人：李四

确认申报日期：2022年01月10日

定点医药机构财务部门联系电话：

注：结算日期以自然月份的1日零时至月度最后一日24时为准。



附件 6

# 广东省省内跨市就医医疗费用结算申报表（居民医保） （定点医药机构申报一级表）

就医市（统筹区）名称：

定点医药机构名称：

定点医药机构代码：

申报结算日期：2022-01-01 至 2022-01-31

业务交接号：

金额单位：元（保留两位小数）

参保市	人数	人次	医疗费用总额	个人支付金额	医保记账金额合计		大病保险	补充医疗保险	公务员补助	伤残人员医疗保障	医疗救助	其他
					自费自付	统筹基金 个人账户						
广州市												
深圳市												
...												
合计												

定点医药机构制表人：张三

定点医药机构复核人：李四

确认申报日期：2022年02月10日

定点医药机构财务部门联系电话：

备注

1. 结算日期以自然月份的1日零时至月度最后一日24时为准。

2. 个人支付金额=个人自费+个人自付。

3. 个人自付归集个人先自付金额和各保险共付段中的自付金额（含超额自付金额）。

4. 医保记账金额合计=基本医疗保险+大病保险+补充医疗保险+公务员补助+伤残人员医疗保障+医疗救助。

5. 基本医疗保险=统筹基金+个人账户。

6. 个人账户归集基本医疗保险个人账户支付的医疗费。

7. 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。

8. 公务员补助归集实施公务员医疗补助办法支付的医疗费。

9. 医伤残人员医疗保障归集（1-6级）伤残军人医疗费。

10. 医疗补助归集支付医疗救助对象的医疗费。

11. 其他归集非以上项目医疗费。

附件 7

# 广东省内跨市就医医疗费用结算申报表（居民医保） （定点医药机构申报二级表）

定点医药机构名称：  
定点医药机构代码：

业务交接号：

参保市：

申报结算日期：2022-01-01 至 2022-01-31

金额单位：元（保留两位小数）

序号	业务类型	待遇类型	人员类别	人数	人次	诊疗天数	医疗费总金额	自费金额	个人先自付金额				基本医疗保险		大病保险		补充医疗保险		公务员医疗补助		医疗救助	其他记账金额	记账金额合计	是否互联网就医	备注		
									起付线	药品	医疗服务项目	医用耗材	统筹记账金额	个人账户支付金额	自付金额（含超限自付）	大病保险记账金额	自付金额（含超限自付）	补充医疗保险记账金额	自付金额（含超限自付）	公务员医疗补助记账金额						自付金额（含超限自付）	伤残人员医疗保障记账金额
1	普通门诊	普通门诊	居民																								
		普通门诊小计																									
2	门诊特定病种	高血压病	居民																								
		小计																									



	特定 病种	性肺疾病	小计																																																						
11	门诊 特定 病种	肺动脉 高压	居民 小计																																																						
12	门诊 特定 病种	肝硬化 (失代偿 期)	居民 小计																																																						
13	门诊 特定 病种	慢性乙型 肝炎	居民 小计																																																						
14	门诊 特定 病种	丙型肝炎 (HCV RNA 阳 性)	居民 小计																																																						
15	门诊 特定 病种	艾滋病	居民 小计																																																						
16	门诊 特定 病种	活动性肺 结核	居民 小计																																																						
17	门诊	耐药肺	居民																																																						













52	门诊 特定 病种	恶性肿瘤 (化疗, 含生物靶 向药物治 疗、内分 泌治疗、 免疫治 疗)	居民																	
			小计																	
53	门诊 特定 病种	新冠肺炎 出院患者 门诊康复 治疗	居民																	
			小计																	
54	门诊 特定 病种	.....	居民																	
			小计																	
55	门诊 特定 病种	全部门诊 特定病种 全部门诊特定 病种小计	居民																	
			小计																	
56	重大 疫情 特殊 医疗 保障 门诊	特殊门诊 1	居民																	
			小计																	





住院 70	（含宫外 孕终止妊 娠）	小计													居民 小计
70	生育 住院 顺产	居民													
		小计													
71	生育 住院 剖宫产	居民													
		小计													
72	生育 住院 人工流产	居民													
		小计													
73	生育 住院 引产	居民													
		小计													
74	生育 住院 全部生育 住院 全部生育 住院	居民													
		小计													
75	合计														

定点医药机构复核人：李四

定点医药机构制表人：张三

定点医药机构财务部门联系电话：

确认申报日期：2022年02月10日

备注 1.结算日期以自然月份的 1 日零时至月度最后一日 24 时为准。

2.医保记账金额合计栏金额=基本医疗保险记账金额+大病保险记账金额+地方补充医疗保险记账金额+公务员补助记账金额+伤残人员医疗保障记账金额+医疗救助记账金额+其他记账金额。

3.重大疾病特殊医疗保障门诊按照国家、省有关政策规定适时启用。

4.特殊门诊 1：无起付标准，有目录限制，按参保市一级定点医药机构门诊报销比例结算，个人负担部分不计入个人年度累计额度（个人实际不承担此部分费用，由财政部门支付）。

5.特殊门诊 2：无起付标准，无目录限制，按医保基金支付 70%比例结算，个人负担部分不计入个人年度累计额度（个人实际不承担此部分费用，由财政部门支付）。

6.特殊门诊 3：无起付标准，无目录限制，按医保基金支付 100%比例结算。

## 广东省内跨市就医医疗费用结算申报表（居民医保）

### （定点医药机构申报三级表）

定点医药机构名称：参保市：  
 定点医药机构代码：业务交接号：  
 申报结算日期：2022-01-01 至 2022-01-31 金额单位：元（保留两位小数）

序号	姓名	性别	年龄	身份证件类别	号码	就医登记号	业务类型	待遇类型	就医开始日期	就医结束日期	诊疗天数	结算日期	出院诊断	医疗费用总金额	自费金额	起付线	个人先自付			基本医疗保险		大病保险		补充医疗保险		公务员医疗		其他记账金额	医疗救助记账金额	合计	是否属于第三方责任	是否属于转诊业务	是否属于互联网就医	备注
																	金额	统筹账户	个人账户	自付金额	共付段	共付段	自付金额	共付段	自付金额	共付段	自付金额							
费用明细表（此处为表格内容，因篇幅限制省略部分数据，实际表格包含多列费用项目）																																		





定点医药机构制表人：张三

定点医药机构复核人：李四

确认申报日期：2022年02月10日

定点医药机构财务部门联系电话：

注：结算日期以自然月份的1日零时至月度最后一日24时为准。

附件 9

## 广东省内跨市就医医疗费用月结算审核说明（职工医保）

就医市（统筹区）名称：		就医市（审核）经办机构名称：		参保市（统筹区）名称：							
费用申报定点医院名称：		申报结算日期：2022-01-01 至 2022-01-31									
费用申报定点医院代码：		业务交接号：		金额单位：元（保留两位小数）							
审核医疗费用所属月份	业务交接号	姓名	身份证件号码	人员类别	待遇类型	支付方式	就诊时间	审核情况	扣减人次	扣减金额	备注
2021 年 12 月				在职/退休/其他	普通门诊/门诊特定大病/疫情特殊医疗保障/门诊/普通住院/门诊/生育住院	按病种分值付费/按疾病诊断相关分组付费/按病种付费/按床日付费/按项目付费/其他	2021 年 7 月 1 日				
医疗费用审核											
补拨补扣	补拨补扣医疗费用所属月份	姓名	身份证件号码	人员类别	待遇类型	支付方式	就诊时间	审核情况	补拨补扣人次	补拨补扣金额	备注
	2021 年 4 月			在职/退休/其他	普通门诊/门诊特定大病	按病种分值付费/按疾病诊断相关	2021 年 4 月 1 日				

疫情特殊 医疗/普通 门诊/生育 住院/生育 门诊/生育 住院	分组付费/ 按病种付费 /按床日付 费/按项目 付费/其他																				
专项补贴：根据……，补贴/补扣 2021 年 2 月 10 日至 3 月 15 日期间参保人员王某某等 50 人次（45 人）医疗费用合计 12800 元（具 体扣减明细情况可向我单位核实）																					
就医市（审核）经办机构医疗机构医疗费用审核部门联系人：												联系电话：						制表时间：			
																		年 月 日			

附件 10

广东省省内跨市就医医疗费用月结算审核支付表（职工医保）

就医市（统筹区）名称：		就医市（审核）经办机构名称：										参保市（统筹区）名称：	
费用申报定点医院机构名称：		申报结算日期：2022-01-01 至 2022-01-31											
费用申报定点医院机构代码：		业务交接号：										金额单位：元（保留两位小数）	
业务类型	人员类别	人数	人次	医疗费总金额	自费金额	自付金额	记账金额	审核扣减金额	补拔/扣金额	实际支付金额	备注		
												申报	在职
普通门诊	申报	在职						/	/	/			
		退休					/	/	/				
		其他					/	/	/				
		小计											
	审核	在职									/		
		退休									/		
		其他									/		
		小计											
	支付	在职											
		退休											
		其他											
		小计											
门诊特定	申报	在职						/	/	/			
		退休											

病种	退休	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	退休	其他		
																其他	其他		
	小计																		
	审核	在职	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
		退休	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
		其他	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	小计																		
	支付	在职																	
		退休																	
		其他																	
	小计																		
	申报	在职	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
		退休	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
		其他	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	小计																		
	重大疫情 特殊医疗 保障门诊	在职	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
		退休	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
		其他	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
小计																			
支付	在职																		
	退休																		
	其他																		

普通住院	小计																					
	申报	在职	/	/	/													/	/	/		
		退休	/	/	/														/	/	/	
		其他	/	/	/														/	/	/	
	小计																					
	审核	在职																	/	/	/	
		退休																	/	/	/	
		其他																	/	/	/	
	小计																					
	支付	在职																				
		退休																				
		其他																				
小计																						
生育门诊	小计																					
	申报	在职	/	/	/													/	/	/		
		退休	/	/	/													/	/	/		
		其他	/	/	/													/	/	/		
	小计																					
	审核	在职																	/	/	/	
		退休																	/	/	/	
		其他																	/	/	/	
	小计																					
	支付	在职																				

生育住院	审核	退休																				
		其他																				
		小计																				
	申报	在职	/	/	/																/	/
		退休	/	/	/																/	/
		其他	/	/	/																/	/
		小计																				
	审核	在职																			/	/
		退休																			/	/
		其他																			/	/
		小计																				
	支付	在职																				
		退休																				
其他																						
	小计																					
申报	在职	/	/	/																/	/	
	退休	/	/	/																/	/	
	其他	/	/	/																/	/	
	小计																					
全部合计	审核																			/	/	
	退休																			/	/	
	其他																			/	/	



	小计																							
	支付	在职																						
		退休																						
		其他																						
合计																								

就医市（审核）经办机构负责人：

复核人：

制表日期：

备注 1. 审核扣减的金额前用“一”进行标记。补扣的金额前用“一”进行标记，补拨的金额前用“+”进行标记。

2. 实际支付金额=记账金额+审核扣减金额+补扣金额。

附件 11

广东省省内跨市就医医疗费用月结算审核支付表（职工医保）  
（定点医药机构下载对账用表）

就医市（统筹区）名称：		就医市（审核）经办机构名称：										参保市（统筹区）名称：	
费用申报定点医院机构名称：		申报结算日期：2022-01-01 至 2022-01-31										金额单位：元（保留两位小数）	
费用申报定点医院机构代码：		业务交接号：											
业务类型	人员类别	人数	人次	医疗费总金额	自费金额	自付金额	记账金额	审核扣减金额	补拨/扣金额	实际支付金额	备注		
	申报	在职						/	/	/			
		退休						/	/	/			
		其他						/	/	/			
	小计												
普通门诊	审核	在职								/			
		退休								/			
		其他								/			
	小计												
	支付	在职											
		退休											
		其他											

门诊特定 病种	小计																		
	申报	在职													/			/	
		退休													/			/	
		其他													/			/	
	小计																		
	审核	在职													/			/	
		退休													/			/	
		其他													/			/	
	小计																		
	支付	在职																	
		退休																	
		其他																	
	小计																		
	重大疫情 特殊医疗 保障门诊	小计																	
		申报	在职													/			/
退休															/			/	
其他															/			/	
小计																			
审核		在职													/			/	
		退休													/			/	
		其他													/			/	
小计																			
支付		在职																	

	退休																		
	其他																		
普通住院	小计																		
	申报	在职	/	/	/														
		退休	/	/	/														
		其他	/	/	/														
	小计																		
	审核	在职	/																
退休		/																	
其他		/																	
小计																			
支付	在职																		
	退休																		
	其他																		
	小计																		
生符门诊	申报	在职	/	/	/														
		退休	/	/	/														
		其他	/	/	/														
	小计																		
	审核	在职	/																
		退休	/																
其他		/																	



	退休									/
	其他									/
	小计									
支付	在职									
	退休									
	其他									
	合计									

就医市（审核）经办机构医疗费用结算部门联系人：

联系电话：

制表日期：

附件 12

广东省内跨市就医医疗费用月结算审核说明（居民医保）

就医市（统筹区）名称：		就医市（统筹区）名称：		参保市（统筹区）名称：							
费用申报定点医药机构名称：		申报结算日期：2022-01-01 至 2022-01-31									
费用申报定点医药机构代码：		业务交接号：		金额单位：元（保留两位小数）							
审核医疗费用所属月份	业务交接号	姓名	身份证件号码	人员类别	待遇类型	支付方式	就诊时间	审核情况	扣减人次	扣减金额	备注
2021年12月				居民	普通门诊/门诊特定大病种/重大疫情特殊医疗保障/普通门诊/住院/门诊/住院	按病种分值付费/按疾病诊断相关分组付费/按病种付费/按床日付费/按项目付费/其他	2021年7月1日				
补拨补扣医疗费用所属月份				居民	普通门诊/门诊特定大病种/重大	按病种分值付费/按疾病诊断相关	2021年4月1日	审核情况	补拨补扣人次	补拨补扣金额	备注
2021年4月				居民	普通门诊/门诊特定大病种/重大	按病种分值付费/按疾病诊断相关	2021年4月1日				

											疫情特殊 医疗/普通 门诊/生育 住院/生育 住院			分组付费/ 按病种付费 /按床日付 费/按项目 付费/其他						
专项补 拨补助	<p>例：根据……，补拨/补助 2021 年 2 月 10 日至 3 月 15 日期间参保人员王某某等 50 人次（45 人）医疗费用合计 12800 元（具 体扣减明细情况可向我单位核实）</p>																			
就医市（审核）	经办机构医疗机构医疗费用审核部门联系人：										联系电话：					制表时间： 年 月 日				



附件 13

# 广东省省内跨市就医医疗费用月结算审核支付表（居民医保） （经办机构用表）

就医市（统筹区）名称：		就医市（审核）经办机构名称：							参保市（统筹区）名称：		
费用申报定点医院机构名称：		申报结算日期：2022-01-01 至 2022-01-31									
费用申报定点医院机构代码：		业务交接号：									
业务类型	人员类别	人数	人次	医疗费总金额	自费金额	自付金额	记账金额	审核扣减金额	补拨/扣金额	实际支付金额	备注
普通门诊	申报 居民							/		/	
	小计										
	审核 居民									/	
	小计										
	支付 居民										
	小计										
门诊特定 病种	申报 居民							/		/	
	小计										
	审核 居民									/	
	小计										
	支付 居民										
	小计										



	小计																		
	支付 居民																		
	小计																		
	申报 居民						/		/							/			
全部合计	小计																		
	审核 居民															/			
	小计																		
	支付 居民																		
合计																			

就医市（审核）经办机构负责人：

复核人：

制表日期：

- 备注 1. 审核扣减的金额前用“—”进行标记。补扣的金额前用“—”进行标记，补拨的金额前用“+”进行标记。  
 2. 实际支付金额=记账金额+审核扣减金额+补拨补扣金额。

附件 14

广东省省内跨市住院医疗费用月结算审核支付表（居民医保）  
（定点医药机构下载对账用表）

就医市（统筹区）名称：		就医市（审核）经办机构名称：										参保市（统筹区）名称：	
费用申报定点医药机构名称：		申报结算日期：2022-01-01 至 2022-01-31										金额单位：元（保留两位小数）	
费用申报定点医药机构代码：		业务交接号：											
业务类型	人员类别	人数	人次	医疗费总金额	自费金额	自付金额	记账金额	审核扣减金额	补拨/扣金额	实际支付金额	备注		
普通门诊	申报 居民							/	/	/			
	小计												
	审核 居民									/			
普通门诊	支付 居民												
	小计												
	申报 居民							/	/	/			
门诊特定病种	小计												
	审核 居民									/			
	支付 居民												



	小计																			
	支付	居民																		
	小计																			
	申报	居民	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
全部合计	小计																			
	审核	居民																		
	小计																			
	支付	居民																		
		合计																		

就医市（审核）经办机构医疗费用结算部门联系人：

联系电话：

制表日期：

附件 15

# 广东省内跨市就医医疗费用月结算审核支付汇总表（职工医保）

## （就医市用表）

申报结算日期： 年 月 日 至 年 月 日

填报单位：地级以上市经办机构名称（章）

业务交接号：

金额单位：元（保留两位小数）

序号	参保所 在市	人数	人次	拨付 人次	医疗费 用总额	个人支 付金额	记账金额						审核扣 减金额	补拨补 扣金额	实际支付 金额		
							基本医疗保险		大病 保险	补充医疗 保险	公务员 补助	伤残人员 医疗保障				医疗救助	其他
							统筹 基金	个人 账户									
1	广州市																
2	深圳市																
3	.....																
总 计																	

负责人： 复核人： 制表人： 制表日期： 年 月 日 联系电话：

备注 1. 审核扣减的金额前用“-”（负数）进行标记。补扣的金额前用“-”（负数）进行标记。

2. 实际支付金额=记账金额+审核扣减金额+补拨扣金额。

附件 16

# 广东省内跨市就医医疗费用月结算审核支付汇总表（居民医保）

## （就医市用表）

申报结算日期： 年 月 日 至 年 月 日

填报单位：地级以上市经办机构名称（章）

业务交接号：

金额单位：元（保留两位小数）

序号	参保所 在市	人数	人次	拨付 人次	医疗费 用总额	个人支 付金额	记账金额						审核扣 减金额	补拨补 扣金额	实际支付 金额	
							基本医疗保险 统筹 基金	个人账户	大病 保险	补充医疗 保险	公务员 补助	伤残人员 医疗保障				医疗救助
1	广州市															
2	深圳市															
3	.....															
总 计																

负责人： 复核人： 制表日期： 年 月 日 联系电话：

备注 1. 审核扣减的金额前用“-”（负数）进行标记。 补扣的金额前用“-”（负数）进行标记。

2. 实际支付金额=记账金额+审核扣减金额+补拨扣金额。



附件 17

# 广东省省内跨市就医医疗费用月结算拨付计划表（职工医保）

## （就医市用表）

申报结算日期： 年 月 日 至 年 月 日

填报单位：地级以上市经办机构名称（章）

拨付批号：

单位：元（保留两位小数）

参保所属市	定点医药机构名称	定点医药机构代码	业务交接号	人数	人次	拨付人次	拨付金额
深圳市	广东省人民医院						
	广州市第一人民医院						
	小计：__家定点医药机构						
珠海市							
	小计：__家定点医药机构						
.....							
.....							
	小计：__家定点医药机构						
	合计：__个参保市 __家定点医药机构						

负责人：

复核人：

制表人：

制表日期：

年 月 日

联系电话：

附件 18

# 广东省省内跨市就医医疗费用月结算拨付计划表（居民医保）

## （就医市用表）

申报结算日期： 年 月 日 至 年 月 日

填报单位：地级以上市经办机构名称（章） 拨付批号： 单位：元（保留两位小数）

参保所属市	定点医药机构名称	定点医药机构代码	业务交接号	人数	人次	拨付人次	拨付金额
深圳市	广东省人民医院						
	广州市第一人民医院						
	小计：__家定点医药机构						
珠海市							
	小计：__家定点医药机构						
.....							
.....							
	小计：__家定点医药机构						
	合计：__个参保市 __家定点医药机构						

负责人： 复核人： 制表日期： 年 月 日 联系电话：

附件 19

广东省医疗保险跨市就医结算专户划拨凭证（收/付款）

交易渠道：		交易日期： 年 月 日		业务编码：	
付款人名称		收款人名称			
付款人账号		收款人账号			
付款人行名		收款人行名			
人民币（大写）		（小写） CNY			
用途		业务类型			
备注					

已打印 次 打印时间： 年 月 日 时 分 秒

附件 20

# 广东省省内跨市就医医疗费用险种分类表

业务类型:

交易时间:

单位: 元 (保留两位小数)

序号	参保市	业务类型	支出总额	职工				居民				
				基本统筹	大病\重疾	公务员	补充补助	其他	基本统筹	大病\重疾	其他	
1	广州	门诊/住院/生育										
2	深圳											
...	...											

# 广东省省内跨市就医医疗费用年度清算拨付计划表

## (就医市用表)

填报单位：地级以上市经办机构名称（章）  
 申报结算日期： 年 月 日 至 年 月 日  
 拨付批号：  
 单位：元（保留两位小数）

参保所属市	定点医药机构名称	定点医药机构代码	业务交接号	拨付金额
深圳市	广东省人民医院			
	广州市第一人民医院			
	小计：__家定点医药机构			
珠海市				
	小计：__家定点医药机构			
.....				
.....				
	小计：__家定点医药机构			
合计：__个参保市 __家定点医药机构				

负责人： 复核人： 制表日期： 年 月 日 联系电话：

公开方式：主动公开

公开方式：主动公开

---

梅州市医疗保障局办公室

2021年12月31日印发