

# 中华人民共和国国家标准

GB / T XXXX—2025

## 基本医疗保险登记服务规范

Specification for basic medical insurance registration service

(征求意见稿)

202X-XX-XX发布

202X-XX-XX实施

国家市场监督管理总局  
国家标准化管理委员会

发布



# 目 次

|                    |    |
|--------------------|----|
| 前言 .....           | II |
| 1 范围 .....         | 1  |
| 2 规范性引用文件 .....    | 1  |
| 3 术语和定义 .....      | 1  |
| 4 基本要求 .....       | 2  |
| 5 服务内容和流程 .....    | 2  |
| 6 业务档案管理 .....     | 15 |
| 7 经办风险控制 .....     | 15 |
| 8 服务评价和改进 .....    | 15 |
| 附录A（资料性）业务表单 ..... | 17 |
| 参考文献 .....         | 25 |

# 前 言

本文件按照 GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由国家医疗保障局提出。

本文件由全国医疗保障标准化工作组（SAC/SWG 37）归口。

本文件起草单位：国家医疗保障局、中国社会保障学会。

本文件主要起草人：

# 基本医疗保险登记服务规范

## 1 范围

本文件规定了基本医疗保险登记服务的基本要求、服务内容和流程、业务档案管理、经办风险控制、考核评价和监督。

本文件适用于县级以上医疗保障（社会保险）经办机构和经授权的其他服务机构开展基本医疗保险登记工作。

## 2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

GB/T 31596.1 社会保险术语 第1部分：通用

GB/T 31596.4 社会保险术语 第4部分：医疗保险

GB/T 31596.6 社会保险术语 第6部分：生育保险

GB/T 31599 社会保险业务档案管理规范

## 3 术语和定义

GB/T31596.1、GB/T31596.4、GB/T31596.6界定的以及下列术语和定义适用于本文件。

### 3.1

**基本医疗保险登记** basic medical insurance registration

用人单位（个人）按规定提交或通过与其他管理机关数据共享得到的参保信息，经当地医疗保障经办机构审核确定建立、变更基本医疗保险关系的行为。参保登记含新参保、暂停参保、注销登记等相关内容。险种包括职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险、生育保险、城乡居民大病保险、职工大额医疗费用补助等。

【改编自GB/T31596.1-2015，定义3.7】

### 3.2

**基本医疗保险联办登记** registration through information sharing in basic medical insurance

用人单位或个人在其他管理机关办理登记时，医疗保障经办机构通过数据共享方式同时办理基本医疗保险登记的行为。

### 3.3

**基本医疗保险关系转移接续** basic medical insurance relationship is transferred and continued

参保人员因跨统筹地区就业、户籍或常住地变动的，按规定办理基本医疗保险关系转移接续，包括个人医保信息记录的传递、职工医保个人账户资金的转移和医保待遇衔接的处理。

【改编自GB/T31596.1-2015，定义3.8.4】

## 4 基本要求

4.1 医疗保障经办机构应提供线上（计算机终端、手机APP）、现场、联办等多种服务形式，维护不同年龄层次、不同文化程度参保人员的参保权益。

4.2 医疗保障经办机构应及时接收民政、人社、税务、市场监管、卫健、公安、机构编制管理机关等部门交换的数据，提供基本医疗保险联办登记服务，减少用人单位和个人提供材料数量。

4.3 医疗保障经办机构完成单位或个人参保登记服务的时限应不超过5个工作日。基本医疗保险转移接续手续办理时限应不超过15个工作日。

4.4 医疗保障经办机构应开展基本医疗保险登记宣传服务，为用人单位和个人提供参考和指导。

4.5 个人出现国家规定的停止享受医保待遇的情形，参保单位、待遇享受人员或者其亲属应当自相关情形发生之日起20个工作日内告知医保经办机构。医保经办机构核实后应当停止发放相应的医保待遇。

4.6 医疗保障经办机构以及经授权的其他服务机构应设立有明显医保标识的经办服务大厅或窗口。

## 5 服务内容和流程

### 5.1 单位参保登记

#### 5.1.1 服务内容

医疗保障经办机构为用人单位（机关、事业单位、企业、社会团体、民办非企业单位、个体经济组织等）提供基本医疗保险登记的服务。

#### 5.1.2 受理材料

医疗保障经办机构应依法依规审核申请材料。材料详见表1。

表1 单位参保登记申请材料

| 申请材料 | 备注 |
|------|----|
|------|----|

| 申请材料                                     | 备注                             |
|--|--------------------------------|
| 1. 统一社会信用代码证书或单位批准成立（注销）的文件。             | 1. 各地可通过查询市场监管部门“五证合一”数据获取信息。  |
| 2. 《基本医疗保险单位参保信息登记表》（加盖单位公章）（见附录A的表A.1）。 | 2. 通过联办登记的，可根据登记管理部门推送的信息直接办理。 |

### 5.1.3 服务方式

#### 5.1.3.1 线上办理

1) 医疗保障经办机构应提供医疗保障信息平台，保障用人单位经办人员通过线上办理渠道填写或上传《基本医疗保险单位参保登记表》。

2) 医疗保障经办机构应负责查核线上申请材料是否齐全、完整、有效。申请材料不符合要求的不予受理，并一次性告知原因。

3) 医疗保障经办机构应负责审核材料是否符合相关规定，核定办理单位参保登记。审核不通过的，一次性告知原因。

4) 医疗保障经办机构将单位参保登记的办理结果，告知用人单位。

#### 5.1.3.2 现场办理

1) 用人单位经办人员携带相关材料，向医疗保障经办机构申请办理单位参保登记。

2) 医疗保障经办机构应负责审核申请材料是否齐全、完整、有效。不符合要求的不予受理，并一次性告知原因。

3) 医疗保障经办机构应负责审核材料是否符合相关规定，核定办理单位参保登记。审核不通过的，一次性告知原因。

4) 医疗保障经办机构将单位参保登记的办理结果，告知用人单位。

#### 5.1.3.3 联办登记

1) 医疗保障经办机构应及时接收市场监管、民政、机构编制、人社、税务、卫健、公安等部门交换的数据，校验相关信息，办理完成单位参保登记。

2) 反馈办理结果。

### 5.1.4 服务流程

单位参保登记服务流程见图1。

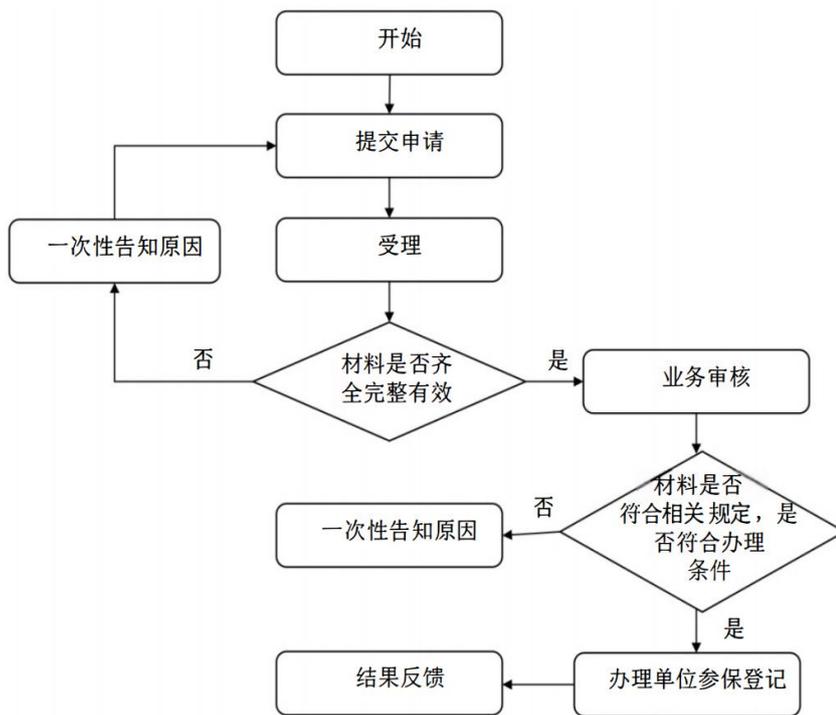


图1 单位参保登记流程

## 5.2 职工医保参保登记

### 5.2.1 服务内容

1) 医疗保障经办机构提供职工医保参保登记服务，满足用人单位为其职工申请办理职工医保参保登记的需求。

2) 医疗保障经办机构为自愿参加职工基本医疗保险的无雇工的个体工商户、未在参保单位参加职工基本医疗保险的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员（含新就业形态从业人员），提供职工医保参保登记服务。

3) 医疗保障经办机构提供的职工医保参保登记服务，包括参保人因工作变动、死亡、出国（境）定居、参军、退休等发生的参保状态变动。

### 5.2.2 受理材料

医疗保障经办机构应依法依规审核申请材料。材料详见表2。

表2 职工参保申请材料

| 申请材料   | 备注   |
|--|--|
| <p>1. 在职职工：①《职工基本医疗保险参保登记表》（含新增、暂停、终止、恢复、在职转退休）（加盖单位公章）；<br/>②有效身份证件复印件。</p> <p>2. 灵活就业人员：①有效身份证件复印件；②《职工基本医疗保险参保登记表》。</p> <p>3. 委托办理业务的，应提供委托人及代理人身份证件原件。</p> | <p>特殊人群还需提供：</p> <p>①港澳台人员参加在职职工医保的，需提供港澳居民来往内地通行证或港澳台居民居住证，以及建立劳动关系的证明；</p> <p>②外国人参加在职职工医保的，需提供外国人就业证件及居留证件，或外国人永久居留证；</p> <p>③出国定居的，需提供护照或永久居留证；</p> <p>④在职转退休的，需提供退休审批材料；</p> <p>⑤出现国家规定的停止享受医保待遇情形终止参保登记的，无法通过数据共享获取时需提供相关佐证材料。</p> |

### 5.2.3 服务方式

#### 5.2.3.1 线上办理

1) 医疗保障经办机构应提供医疗保障信息平台，保障用人单位或人员通过线上办理渠道填写人员信息，上传材料电子版，并提交至医疗保障经办机构受理。

2) 医疗保障经办机构应负责查核线上申请材料是否齐全、完整、有效。申请材料不符合要求的不予受理，并一次性告知原因。

3) 医疗保障经办机构应负责审核材料是否符合相关规定、核定办理职工医保参保登记。审核不通过的，一次性告知原因。

4) 医疗保障经办机构将职工医保参保登记的办理结果，告知用人单位或人员。

#### 5.2.3.2 现场办理

1) 用人单位或人员携带相关材料，向医疗保障经办机构申请办理参保登记。

2) 医疗保障经办机构应负责审核申请材料是否齐全、完整、有效。材料不符合要求的，不予受理，并一次性告知原因。

3) 医疗保障经办机构应负责审核材料是否符合相关规定，核定办理职工医保参保登记。审核不通过的，一次性告知原因。

4) 医疗保障经办机构将职工医保参保登记的办理结果，告知用人单位或人员。

#### 5.2.3.3 联办登记

1) 医疗保障经办机构应及时接收市场监管、民政、机构编制、人社、税务、卫健、公安等部门交换的数据，根据共享数据直接办理职工医保参保登记。

2) 反馈办理结果。

### 5.2.4 服务流程

职工医保参保登记流程图2。

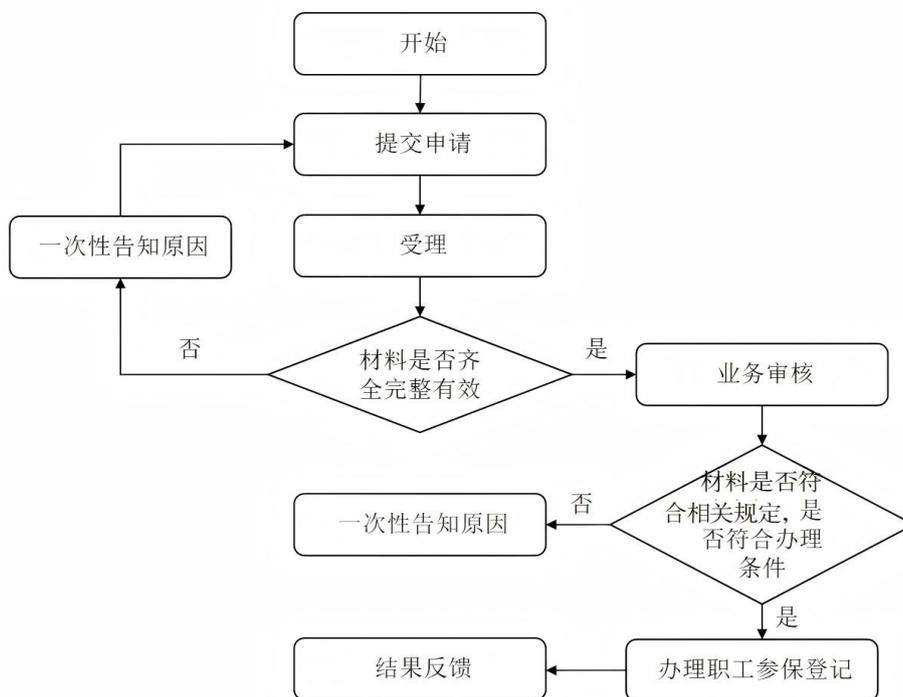


图2 职工医保参保登记流程

### 5.3 城乡居民医保参保登记

#### 5.3.1 服务内容

1) 医疗保障经办机构为符合城乡居民基本医疗保险参保条件的个人，提供办理城乡居民医保参保登记服务。

2) 医疗保障经办机构提供的城乡居民医保参保登记服务，包括参保人因参军、参加职工医保、大学毕业、死亡、出国(境)定居等发生的参保状态变动。

#### 5.3.2 受理材料

医疗保障经办机构应依法依规审核申请材料。材料详见表3。

表3 城乡居民基本医疗保险参保申请材料

| 申请材料   | 备注   |
|--|--|
| 1. 有效身份证件复印件。<br>2. 《城乡居民基本医疗保险参保登记表》（含新增、暂停、终止、恢复）。<br>3. 委托办理业务的，应提供委托人及代理人身份证件原件。 | 各地应积极协同推进“新生儿出生一件事”联办，方便新生儿办理城乡居民医保参保登记。<br>特殊人群还需提供<br>①港澳台人员参加城乡居民医保的，需提供港澳居民来往内地通行证或港澳台居民 |

| 申请材料 | 备注                                       |
|------|--|
|      | 居住证；<br>②外国人参加城乡居民医保的,需提供居留证件，或外国人永久居留证。 |

### 5.3.3 服务方式

#### 5.3.3.1 线上办理

1) 医疗保障经办机构应提供医疗保障信息平台，保障申请人通过线上办理渠道填写人员信息，上传材料电子版，并提交至医疗保障经办机构受理。

2) 医疗保障经办机构应负责查核线上申请材料是否齐全、完整、有效。申请材料不符合要求的不予受理，并一次性告知原因。

3) 医疗保障经办机构应负责审核材料是否符合相关规定、核定办理城乡居民医保参保登记。审核不通过的，一次性告知原因。

4) 医疗保障经办机构将城乡居民医保参保登记的办理结果，告知申请人。

#### 5.3.3.2 现场办理

1) 申请人携带相关材料，向医疗保障经办机构申请办理参保登记。

2) 医疗保障经办机构应负责审核申请材料是否齐全、完整、有效。材料不符合要求的，不予受理，并一次性告知原因。

3) 医疗保障经办机构应负责审核材料是否符合相关规定、核定办理城乡居民医保参保登记。审核不通过的，一次性告知原因。

4) 医疗保障经办机构将城乡居民医保参保登记的办理结果，告知申请人。

#### 5.3.3.3 联办登记

1) 医疗保障经办机构应及时接收民政、人社、税务、卫健、公安等部门交换的数据，根据共享数据直接办理城乡居民医保参保登记。

2) 反馈办理结果。

### 5.3.4 服务流程

城乡居民医保参保登记服务流程见图3。

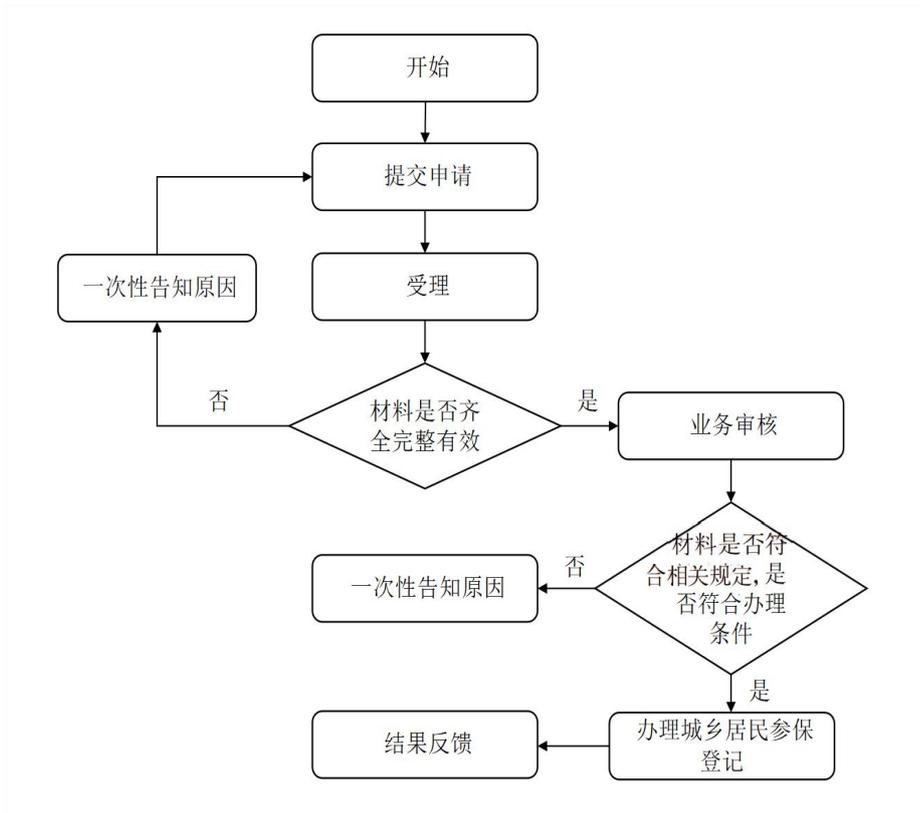


图3 城乡居民基本医疗保险参保流程

#### 5.4 单位参保信息变更登记

##### 5.4.1 服务内容

医疗保障经办机构提供单位参保信息变更登记服务，满足参保单位的基本医疗保险登记事项发生变更而产生的单位参保信息变更登记需求。

##### 5.4.2 受理材料

医疗保障经办机构应依法依规审核申请材料。材料详见表4。

表4 单位参保信息变更申请材料

| 申请材料                         | 备注                                  |
|------------------------------|-------------------------------------|
| 《基本医疗保险参保单位信息变更登记表》（加盖单位公章）。 | 变更单位性质、法定代表人、银行账户等关键信息的，应提供必要的佐证资料。 |

##### 5.4.3 服务方式

###### 5.4.3.1 线上办理

1) 医疗保障经办机构应提供医疗保障信息平台，保障参保单位经办人员通过线上办理渠道填写或上传《基本医疗保险参保单位信息变更登记表》。

2) 医疗保障经办机构应负责查核线上申请材料是否齐全、完整、有效。申报材料不符合要求的不予受理，并一次性告知原因。

4) 医疗保障经办机构应负责审核材料是否符合相关规定，核定办理单位参保登记。审核不通过的，一次性告知原因。

4) 医疗保障经办机构将完成参保单位信息变更的办理结果，告知参保单位。

#### 5.4.3.2 现场办理

1) 参保单位经办人员携带相关材料，向医疗保障经办机构申请办理参保单位信息变更登记。

2) 医疗保障经办机构应负责审核申请材料是否齐全、完整、有效。不符合要求的不予受理，并一次性告知原因。

3) 医疗保障经办机构应负责审核材料是否符合相关规定、核定办理参保单位信息变更登记。审核不通过的，一次性告知原因。

4) 医疗保障经办机构将参保单位信息变更的办理结果，告知参保单位。

#### 5.4.3.3 联办登记

1) 医疗保障经办机构应及时接收市场监管、民政、机构编制、人社、税务、卫健、公安等部门交换的数据，校验相关信息，办理完成参保单位信息变更。

2) 反馈办理结果。

#### 5.4.4 服务流程

单位参保信息变更登记服务流程见图4。

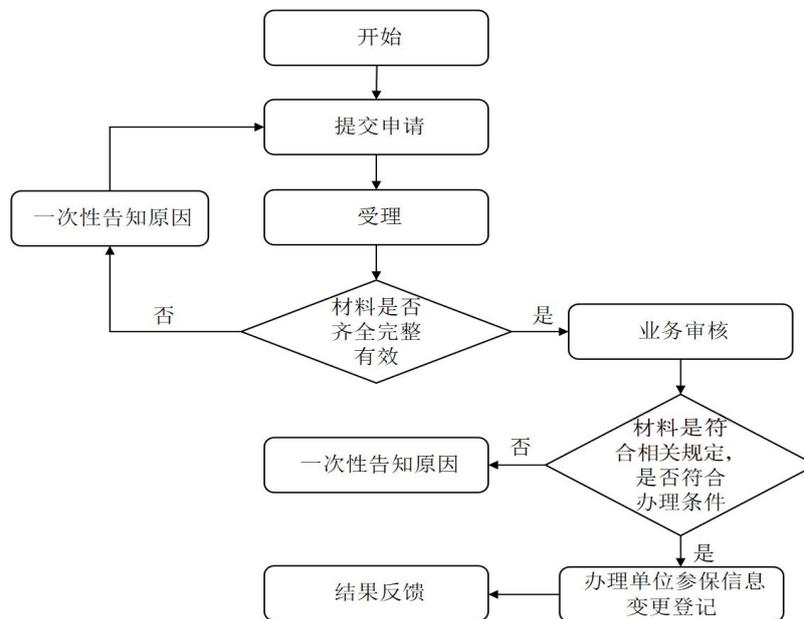


图4 单位参保信息变更流程

### 5.5 职工医保参保信息变更登记

#### 5.5.1 服务内容

医疗保障经办机构提供职工医保参保信息变更登记服务，满足参保单位经办人员、职工或灵活就业人员（含新就业形态从业人员）因相关参保信息发生变化，申请办理职工参保信息变更登记的需求。

### 5.5.2 受理材料

医疗保障经办机构应依法依规审核申请材料。材料详见表5。

表5 职工医保参保信息变更申请材料

| 申请材料  | 备注   |
|---|--|
| 1. 有效身份证件或医保电子凭证（医保码）或社会保障卡。<br>2. 《基本医疗保险职工参保信息变更登记表》（关键信息变更加盖单位公章）。<br>3. 委托办理业务的，应提供委托人及代理人身份证件原件。 | 1. 变更姓名、性别、身份证号、出生日期等关键信息的，应提供必要的佐证资料。<br>2. 单位办理职工参保信息变更时，变更表需加盖单位公章。 |

### 5.5.3 服务方式

#### 5.5.3.1 线上办理

1) 医疗保障经办机构应提供医疗保障信息平台，保障参保单位或人员通过线上办理渠道变更人员信息，上传材料电子版，并提交至医疗保障经办机构受理。

2) 医疗保障经办机构应负责核查线上申请材料是否齐全、完整、有效。申请材料不符合要求的不予受理，并一次性告知原因。

3) 医疗保障经办机构应负责审核材料是否符合相关规定、核定办理参保职工人员信息变更。审核不通过的，一次性告知原因。

4) 医疗保障经办机构将参保职工人员信息变更的办理结果，告知参保单位或人员。

#### 5.5.3.2 现场办理

1) 参保单位或人员携带相关材料，向医疗保障经办机构申请办理参保人员信息变更登记。

2) 医疗保障经办机构应负责审核申请材料是否齐全、完整、有效。材料不符合要求的，不予受理，并一次性告知原因。

3) 医疗保障经办机构应负责审核材料是否符合相关规定、核定办理参保职工人员信息变更。审核不通过的，一次性告知原因。

4) 医疗保障经办机构将参保职工人员变更的办理结果，告知参保单位或人员。

#### 5.5.3.3 联办登记

1) 医疗保障经办机构应及时接收市场监管、民政、机构编制、人社、税务、卫健、公安等部门交换的数据，根据共享数据直接办理参保职工人员信息变更。

2) 反馈办理结果。

#### 5.5.4 服务流程

职工参保信息变更服务流程见图5。

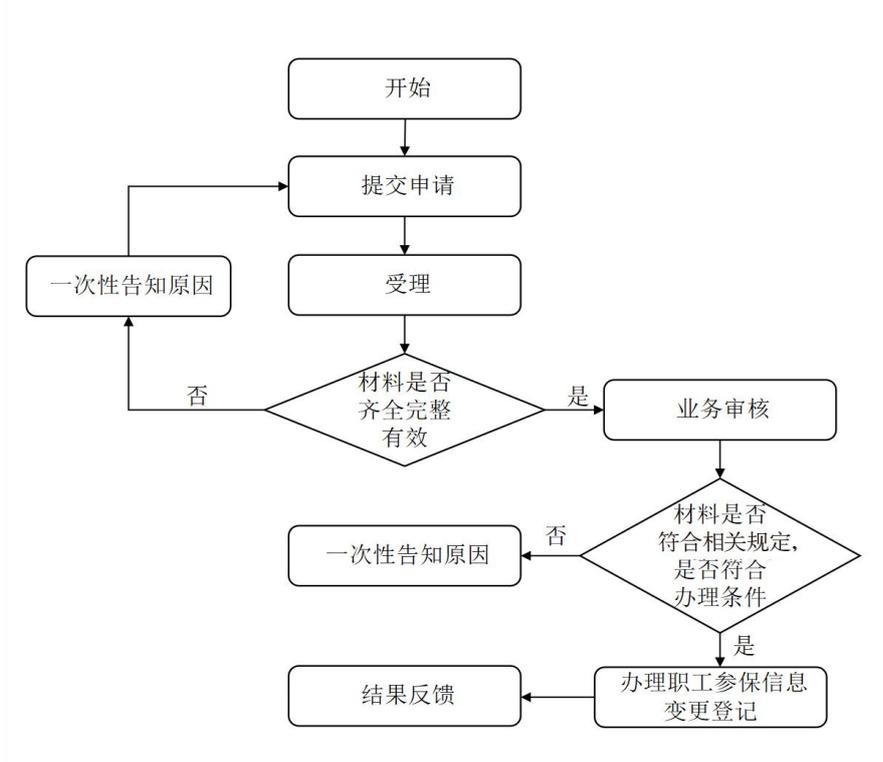


图5 职工参保信息变更服务流程

### 5.6 城乡居民医保参保信息变更登记

#### 5.6.1 服务内容

医疗保障经办机构提供城乡居民医保参保信息变更登记服务，满足城乡居民基本医疗保险参保人员的姓名、性别、证件类型、证件号码、户籍所在地址、居住地址等个人信息发生改变或办理中止、终止参保关系而产生的城乡居民医保参保信息变更登记服务需求。

#### 5.6.2 受理材料

医疗保障经办机构应审核申请材料。材料详见表6。

表6 城乡居民医保参保信息变更申请材料

| 申请材料 | 备注 |
|------|----|
|------|----|

| 申请材料   | 备注                                       |
|--|--|
| 1. 有效身份证件或医保电子凭证（医保码）或社会保障卡。<br>2. 《基本医疗保险城乡居民医保参保信息变更登记表》（见附录A的表A.6）。<br>3. 委托办理业务的，应提供委托人及代理人身份证件原件。 | 变更姓名、性别、证件类型、证件号码、出生日期等关键信息的，应提供必要的佐证资料。 |

### 5.6.3 服务方式

#### 5.6.3.1 线上办理

1) 医疗保障经办机构应提供医疗保障信息平台，保障申请人通过线上办理渠道变更人员信息，上传材料电子版，并提交至医疗保障经办机构受理。

2) 医疗保障经办机构应负责查核线上申请材料是否齐全、完整、有效。申请材料不符合要求的不予受理，并一次性告知原因。

3) 医疗保障经办机构应负责审核材料是否符合相关规定、核定办理参保人员信息变更。审核不通过的，一次性告知原因。

4) 医疗保障经办机构将参保人员信息变更的办理结果，告知申请人。

#### 5.6.3.2 现场办理

1) 申请人携带相关材料，向医疗保障经办机构申请办理参保人员信息变更登记。

2) 医疗保障经办机构应负责审核申请材料是否齐全、完整、有效。不符合要求的不予受理，并一次性告知原因。

3) 医疗保障经办机构应负责审核材料是否符合相关规定，核定办理单位参保登记。审核不通过的，一次性告知原因。

4) 医疗保障经办机构将参保人员变更的办理结果，告知申请人。

#### 5.6.3.3 联办登记

1) 医疗保障经办机构应及时接收民政、人社、税务、卫健、公安等部门交换的数据，根据共享数据直接办理参保人员信息变更。

2) 反馈办理结果。

### 5.6.4 服务流程

城乡居民医保参保信息变更服务流程见图6。

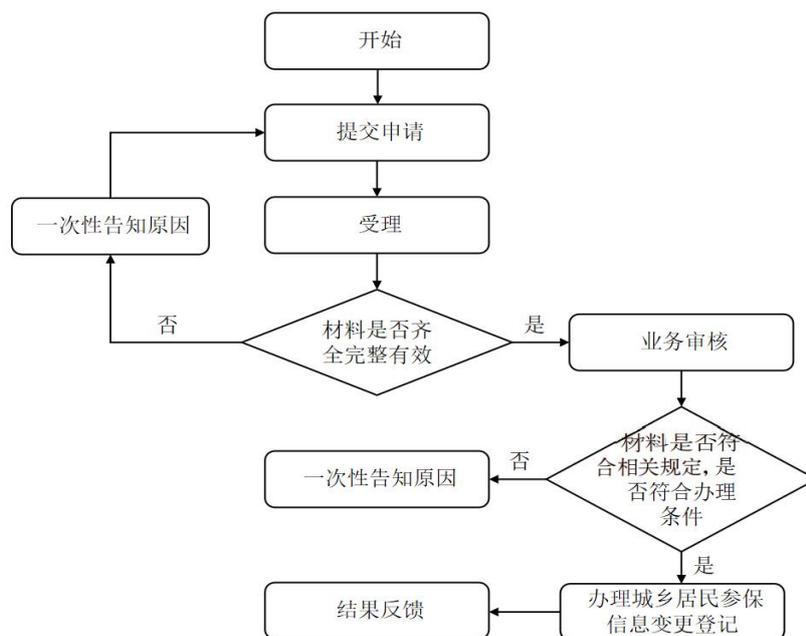


图6 城乡居民医保参保信息变更办理流程

## 5.7 基本医疗保险关系转移接续

### 5.7.1 服务内容

参保人员因跨统筹地区流动就业、户籍或常住地变动转移接续基本医疗保险关系的业务办理。

### 5.7.2 受理材料

医疗保障经办机构应依法依规审核申请材料。材料详见表7。

表7 基本医疗保险关系转移接续申请材料

| 申请材料                      | 备注  |
|---------------------------|---|
| 有效身份证件或医保电子凭证（医保码）或社会保障卡。 | 1. 参保人员转移接续申请成功受理后，转出地经办机构10个工作日内完成基本医疗保险关系转出，生成《参保人员基本医疗保险信息表》签章后上传，若职工医保个人账户有余额的，办理职工医保个人账户余额划转手续；<br>2. 转入地经办机构收到《参保人员基本医疗保险信息表》后，在5个工作日内完成基本医疗保险关系转入。 |

### 5.7.3 服务方式

#### 5.7.3.1 业务申请

1) 线上申请：参保人员或参保单位通过线上办理渠道申请办理基本医疗保险关系转移接续，转入地和转出地医疗保障经办机构分别校验是否符合办理条件。若不符合办理条件，一次性告知原因。

2) 线下申请：参保人员或参保单位携带申请材料向转入地或转出地医疗保障经办机构申请办理基本医疗保险关系转移接续，医疗保障经办机构核实申请材料，并将相关信息录入医保信息平台，校验是否符合办理条件。若不符合办理条件，一次性告知原因。

#### **5.7.3.2 转出地业务受理**

1) 转移接续申请成功受理后，转出地医疗保障经办机构 10 个工作日内完成基本医疗保险关系转出，生成《参保人员基本医疗保险信息表》并同步上传；

2) 若职工医保个人账户有余额的，办理职工医保个人账户余额划转手续。

#### **5.7.3.3 转入地业务受理**

1) 转入地医疗保障经办机构收到《参保人员基本医疗保险信息表》后，核对相关信息并在5个工作日内将《参保人员基本医疗保险信息表》同步至本地医保信息平台，完成基本医疗保险关系转入；

2) 转入地医疗保障经办机构收到转出地医疗保障经办机构划转的职工医保个人账户余额，核对无误后可将职工医保个人账户金额计入参保人员职工医保个人账户。

#### **5.7.3.4 结果反馈**

转移接续手续办理过程中，参保人员可线上查询业务办理进度。

#### **5.7.4 服务流程**

基本医疗保险关系转移接续服务流程见图7。

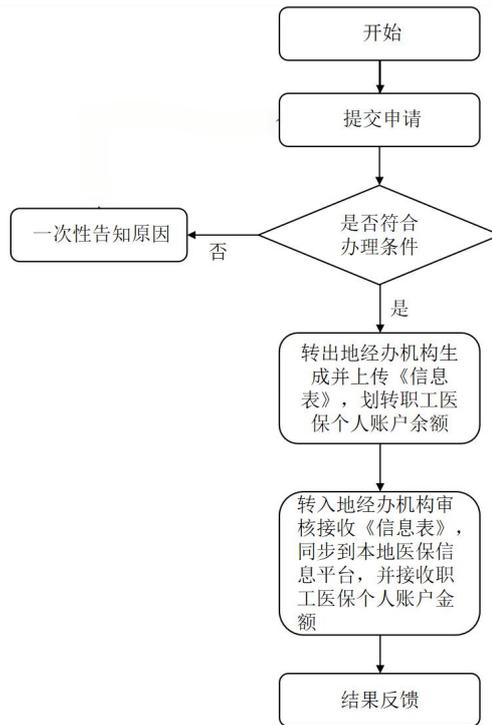


图7 基本医疗保险关系转移接续流程

## 6 业务档案管理

基本医疗保险登记业务档案的收集、整理、立卷、归档、保管等管理按照 GB/T31599 的规定。

## 7 经办风险控制

### 7.1 风险点识别

7.1.1 业务初审环节。工作人员未能准确判断申请人提交的材料是否齐全、内容是否符合相关规定；工作人员未落实一次性告知制等相关要求；其他。

7.1.2 业务审核环节。工作人员非在编在岗人员；工作人员未能准确对初审的内容进行审核；未落实不相容职责岗位分离制等相关要求；其他。

### 7.2 防控措施

7.2.1 设置初审和复审岗位。

7.2.2 通过部门间信息共享实现数据自动比对、核实。

7.2.3 通过医保信息平台控制参保单位和个人的参保、变更、注销登记业务办理。

7.2.4 通过部门联动督促参保单位及时办理登记。

## 8 服务评价和改进

### 8.1 服务评价

8.1.1 医疗保障经办机构应定期开展以服务对象满意度为核心要素的登记服务质量评价。

8.1.2 服务评价可采用专家咨询法等确定评价指标的权重，通过查阅记录、现场座谈、实地查看等方法采集评价数据。

## 8.2 服务改进

医疗保障经办机构应根据服务评价结果持续改进服务质量。

附录A  
(资料性)  
业务表单

A.1 表A.1给出了基本医疗保险单位参保信息登记表样式。

**表 A.1 职工基本医疗保险（含生育保险）单位参保信息登记表**

|                                |  |   |  |                                     |  |
|--------------------------------|--|---|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 新参保登记 |  | <input type="checkbox"/> 暂停登记   |  | <input type="checkbox"/> 注销登记       |  |
| 单位名称                           |  |   |  |                                     |  |
| 现统一社会信用代码                      |  | 原统一社会信用代码   |  |                                     |  |
| 通讯地址                           |  |   |  |                                     |  |
| 单位性质                           |  | <input type="checkbox"/> 国有企业 <input type="checkbox"/> 城镇集体企业 <input type="checkbox"/> 外商投资企业 <input type="checkbox"/> 私营企业 <input type="checkbox"/> 合资企业 <input type="checkbox"/> 其他                       |  |                                     |  |
| 法定代表人                          |  | 姓名  |  | 联系电话                                |  |
|                                |  | 身份证件号码  |  |                                     |  |
| 开户银行                           |  | 户名  |  |                                     |  |
| 账号                             |  |   |  |                                     |  |
| 经办人员                           |  | 姓名  |  | 所在部门                                |  |
|                                |  | 手机号码  |  | 联系电话                                |  |
| 参保险种                           |  | <input type="checkbox"/> 职工基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 生育保险<br><input type="checkbox"/> 补充医疗保险 <input type="checkbox"/> 其他( )   |  |                                     |  |
| <b>机关事业单位及社会团体填报以下信息</b>       |  |   |  |                                     |  |
| 经费来源                           |  | 主管部门  |  |                                     |  |
| 最新核编人数<br>(含纪检、军转)             |  | 退休人数  |  |                                     |  |
| 机关在编人数                         |  | 行政在编人数  |  | 后勤服务人数                              |  |
| 参公在编人数                         |  | 事业在编人数  |  |                                     |  |
| 单位声明                           |  | 本单位依法申请医疗保险登记，承诺填报信息真实、准确、完整，请予办理。<br><br><div style="text-align: right;">单位(盖章)<br/>年 月 日</div>  |  |                                     |  |
| 经办机构意见                         |  | <input type="checkbox"/> 经审核，申请单位不符合参保登记办理条件。<br>经审核，同意申请单位办理以下社会保险登记：<br><input type="checkbox"/> 职工基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 生育保险<br><input type="checkbox"/> 补充医疗保险 <input type="checkbox"/> 其他( ) |  |                                     |  |
|                                |  | 经办人签字：  |  | 经办机构(盖章)                      年 月 日 |  |

A.2 表A.2给出了职工基本医疗保险参保登记表参考样式。

表A.2 职工基本医疗保险（含生育保险）参保登记表（参考样表）

单位名称(盖章): \_\_\_\_\_ 单位编码: \_\_\_\_\_ 险种: \_\_\_\_\_ 灵活就业人员

| 序号 | 姓名 | 身份证件类型 | 身份证件号码 | 申报工资<br>(元/月) | 业务类型 |    |    |    |       |         | 手机号<br>码 | 备注 |
|----|----|--------|--------|---------------|------|----|----|----|-------|---------|----------|----|
|    |    |        |        |               | 增加   | 暂停 | 终止 | 恢复 | 在职转退休 | 统筹地区内转移 |          |    |
| 1  |    |        |        |               |      |    |    |    |       |         |          |    |
| 2  |    |        |        |               |      |    |    |    |       |         |          |    |
| 3  |    |        |        |               |      |    |    |    |       |         |          |    |
| 4  |    |        |        |               |      |    |    |    |       |         |          |    |
| 5  |    |        |        |               |      |    |    |    |       |         |          |    |
| 6  |    |        |        |               |      |    |    |    |       |         |          |    |
| 7  |    |        |        |               |      |    |    |    |       |         |          |    |
| 8  |    |        |        |               |      |    |    |    |       |         |          |    |
| 9  |    |        |        |               |      |    |    |    |       |         |          |    |

注：灵活就业人员无需单位盖章和填写单位编码。

填报人: \_\_\_\_\_ 联系电话: \_\_\_\_\_ 经办机构经办人: \_\_\_\_\_ 年 月 日

A.3 表A.3给出了城乡居民基本医疗保险参保登记表参考样式。

表A.3 城乡居民基本医疗保险参保登记表

|                   |  |        |       |
|-------------------|--|--------|-------|
| 姓名                |  | 身份证件类型 |       |
| 身份证件号码            |  |        |       |
| 性别                | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女  | 出生日期   | 年 月   |
| 联系电话              |  |        |       |
| 户籍所在地<br>(居住证登记地) | 省 市<br>乡镇(街道)  | 区县(市)  | 村(社区) |
| 常住地               | 省 市<br>乡镇(街道)  | 区县(市)  | 村(社区) |
| 通讯地址              |  |        |       |
| 申请人身份             | (建议列选择项打勾, 如 <input type="checkbox"/> 中小儿童 <input type="checkbox"/> 大学生 <input type="checkbox"/> 未就业成年人等)              |        |       |
| 医疗救助资助<br>参保对象    | (建议列选择项打勾, 如 <input type="checkbox"/> 低保 <input type="checkbox"/> 特困等)   |        |       |
| 业务类型              | <input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 暂停 <input type="checkbox"/> 终止 <input type="checkbox"/> 恢复        |        |       |
| 申请人<br>或监护人       | 以上信息填报真实, 现申请参加城乡居民医保, 并已了解城乡居民基本医疗保险费征收部门和缴费方式, 以及当年规定的缴费时间。<br><br>(签字) 年 月 日  |        |       |
| 收件审核              | <input type="checkbox"/> 经审核, 符合城乡居民医保参保规定。<br><input type="checkbox"/> 经审核, 不符合城乡居民医保参保规定。<br><br>经办人: (受理单位盖章) 年 月 日 |        |       |

A. 4 表A. 4给出了基本医疗保险参保单位信息变更登记表参考样式。

表A. 4 职工基本医疗保险（含生育保险）参保单位信息变更登记表

单位编码：

填表日期：

| 原登记事项              |                              |  | 变更事项       |  |
|--------------------|------------------------------|--|------------|--|
| 单位名称               |                              |  | 单位名称       |  |
| 住所(地址)             |                              |  | 住所(地址)     |  |
| 单位类型               |                              |  | 单位类型       |  |
| 法定<br>代表人<br>(负责人) | 姓名                           |  | 姓名         |  |
|                    | 身份证件号码                       |  | 身份证件号<br>码 |  |
|                    | 联系电话                         |  | 联系电话       |  |
| 单位<br>经办人          | 姓名                           |  | 姓名         |  |
|                    | 联系电话                         |  | 联系电话       |  |
| 开户银行<br>及账号        | 开户银行                         |  | 开户银行       |  |
|                    | 账号                           |  | 账号         |  |
| 其他                 |                              |  |            |  |
| 备注                 |                              |  |            |  |
| 经办机构<br>审核意见       | 经办人： _____ (受理单位盖章)<br>年 月 日 |  |            |  |

A.5 表A.5给出了基本医疗保险职工参保信息变更登记表参考样式。

表A.5 基本医疗保险职工参保信息变更登记表

单位名称：            单位编码：            联系电话：            关键信息            非关键信息            年    月    日

| 序号                | 姓名 | 身份证件号码       | 变更项目 | 变更前 | 变更后        | 参保人签字 | 备注 |
|-------------------|----|--------------|------|-----|------------|-------|----|
| 1                 |    |              |      |     |            |       |    |
| 2                 |    |              |      |     |            |       |    |
| 3                 |    |              |      |     |            |       |    |
| 4                 |    |              |      |     |            |       |    |
| 5                 |    |              |      |     |            |       |    |
| 6                 |    |              |      |     |            |       |    |
| 单位<br>经办人<br>(签章) |    | 单位意见<br>(盖章) |      |     | 经办机构<br>意见 |       |    |

备注：灵活就业人员无需单位盖章和填写单位信息



A.7 表A.7给出了基本医疗保险关系转移接续申请表参考样式。

表A.7 基本医疗保险关系转移接续申请表

编号：(省份)(统筹区)(年份)(第XXXX号)

| 参保人员信息              |  |        |      |        |  |      |
|---------------------|--|--------|------|--------|--|------|
| 姓名                  |  | 性别     |      | 年龄     |  |      |
| 身份证件号码              |  |        | 联系电话 |        |  |      |
| 户籍地址                |  |        |      | 户籍类型   | <input type="checkbox"/> 居民                              |      |
|                     |  |        |      |        | <input type="checkbox"/> 农业 <input type="checkbox"/> 非农业 |      |
|                     |  |        |      |        | <input type="checkbox"/> 台港澳 <input type="checkbox"/> 外籍 |      |
| 联系地址                |  |        |      | 邮政编码   |  |      |
| 现参加的基本医疗保险类型        | <input type="checkbox"/> 职工医保 <input type="checkbox"/> 城乡居民医保 <input type="checkbox"/> 其他（请说明） |        |      |        |  |      |
| 转出地医疗保障经办机构信息       |  |        |      |        |  |      |
| 机构名称                |  |        | 联系电话 |        | 行政区划代码   |      |
| 机构地址                |  |        |      |        | 邮政编码   |      |
| 申请人信息（若参保人办理，则不需填写） |  |        |      |        |  |      |
| 姓名                  |  | 身份证件号码 |      | 与参保人关系 |  | 联系电话 |
| 联系地址                |  |        |      |        | 邮政编码   |      |

申请人（签字）：

申请时间：      年      月      日

A. 8 表A. 8给出了基本医疗保险信息表参考样式。

表A. 8 参保人员基本医疗保险信息表（参考样表）

（此表由转出地医疗保障经办机构提供给转入地医疗保障经办机构）

参保人员姓名：

身份证件号码：

性别：

| 序号               | 时间<br>自 年 月至 年 月 | 基本医疗<br>保险类型 | 参保缴费<br>月数小计 | 统筹地区<br>经办机构名称 | 统筹地区经办机构<br>行政区划代码 | 备注 |
|------------------|------------------|--------------|--------------|----------------|--------------------|----|
|                  | 1                | 2            | 3            | 4              | 5                  | 6  |
| 1                |                  |              |              |                |                    |    |
| 2                |                  |              |              |                |                    |    |
| 3                |                  |              |              |                |                    |    |
| 4                |                  |              |              |                |                    |    |
| ...              |                  |              |              |                |                    |    |
| 基本医疗保险个人账户实际转出资金 |                  |              | 大写           |                | 小写                 | ¥  |

经办人(签章)：

联系电话：

医疗保障经办机构(章)：

日期：

年 月 日

## 参 考 文 献

- [1] 中华人民共和国社会保险法 中华人民共和国主席（2010）第 35号令
- [2] 深化党和国家机构改革方案 2018年2月28日中国共产党第十九届中央委员会第三次全体会议通过
- [3] 关于深入推进审批服务便民化的指导意见 中共中央办公厅国务院办公厅印发
- [4] 社会保险费征缴暂行条例 国务院（1999）第 259号令
- [5] 国务院办公厅关于进一步压缩企业开办时间的意见 国办发（2018）32号
- [6] 在中国境内就业外国人参加社会保险暂行办法 人力资源和社会保障部令第16号
- [7] 社会保险费申报缴纳管理规定 人力资源和社会保障部（2013）第 20号令
- [8] 香港澳门台湾居民在内地（大陆）参加社会保险暂行办法人力资源和社会保障部令第41号
- [9] 关于做好在我国境内就业的外国人参加社会保险工作有关问题的通知人社厅发（2011）113号
- [10] 关于做好企业“五证合一”社会保险登记工作的通知 人社厅发（2016）130号
- [11] 关于加快推进就业失业登记、社会保险登记、劳动用工备案统一登记工作的通知 人社厅发（2018）90号
- [12] 关于推进企业注销便利化工作的通知 国市监注（2019）30号
- [13] 国家发展改革委办公厅关于在办理相关业务中使用统一社会信用代码的通知 发改办财金（2018）277号
- [14] 社会保险经办条例
- [15] 基本医疗保险关系转移接续暂行办法 医保办发（2021）43号
- [16] 2023版政务服务清单