

揭阳市医疗保障局文件

揭医保〔2024〕99号

转发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》的通知

各县（市、区）医疗保障局，市医疗保障事业管理中心：

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〉的通知》（粤医保规〔2024〕10号）转发给你们，请遵照执行。



公开方式：主动公开

广东省医疗保障局文件

粤医保规〔2024〕10号

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

各地级以上市医疗保障局：

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



广东省基本医疗保障省内跨市就医 医疗费用直接结算经办规程

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《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）、《广东省职工生育保险规定》（2021年7月29日广东省人民政府令第287号公布 根据2022年12月4日广东省人民政府令第298号修订）等文件精神，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发生的普通门诊、门诊特定病种、住院、生育等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核查工作；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；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 异地长期居住、临时外出就医或异地生育就医的参保人员办理省内跨市就医备案后可以享受跨市就医直接结算服务。其中异地长期居住人员包括异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员等长期在参保市以外工作、居住、生活的人员；临时外出就医人员包括异地转诊人员，因工作、旅游等原因异地急诊抢救人员以及其他临时外出就医人员。

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 异地长期居住人员办理登记备案后，备案长期有效；参保市可以设置变更或取消时限，原则上6个月内不得变

更或取消。临时外出就医人员备案有效期原则上不少于6个月，有效期内可在就医地多次就诊并享受跨市就医直接结算服务。异地生育就医人员按照参保市规定执行。

第八条 参保人员出院结算前补办跨市就医备案的，应当支持参保人员办理当次费用直接结算；参保人员出院自费结算后补办备案手续的，按参保市规定返回就诊医药机构办理补记账手续，未能办理补记账的可申请零星报销。

第九条 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。

第十条 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。

第十一条 省内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国家医疗保障信息平台备案。省内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。全省规定范围内的门诊特定病种，参保人员待遇认定信息全省互认。

第三章 协议管理和监督核查

第十二条 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。

第十三条 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。

第十四条 建立跨市就医直接结算核查协同机制。就医市经办机构应及时处理定点医药机构的违规行为。省内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。

第十五条 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。

第十六条 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

第十七条 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有效身份证件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。

第十八条 定点医疗机构应以患者病情为出发点制定合理的诊疗方案，需要转诊时可通过不同形式安排转诊，不得将在本地住院作为开具转诊的先决条件。参保人员因同种疾病确需在就医地继续治疗或再次转外就医的，参保市经办机构应简化异地就医备案手续，方便参保人员享受跨市就医直接结算服务。

第十九条 参保人员因急诊抢救就医的，医疗机构在为参保人员办理“门诊结算”或“入院登记”时，应按接口标准规范要求如实上传“门诊急诊转诊标志”或“住院类型”。对于“门诊急诊转诊标志”或“住院类型”为“急诊”，且参保人员未办理异地就医备案的，参保市应视同已备案，允许参保人员按参保市异地急诊抢救相关待遇标准直接结算相关门诊、住院医疗费用。

第二十条 定点医疗机构应加强外伤人员身份认证，对于符合就医地基本医疗保险支付范围，参保人员主诉无第三方责任的医疗费用，定点医疗机构可结合接诊及参保人员病情等实际情况，由参保人员填写《外伤无第三方责任承诺书》（见附件1），为参保人员办理直接结算。定点医疗机构在为参保人员办理入

院登记时，应按接口标准规范要求，通过“外伤标志”和“涉及第三方标志”两个接口，如实上传参保人员外伤就医情况。

第二十一条 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。

第二十二条 异地长期居住人员可以在备案市和参保市双向享受医保待遇。异地长期居住人员在备案市就医结算时，基本医疗保险基金的起付标准、支付比例、最高支付限额原则上执行参保市规定的本地就医时的标准。以材料方式办理备案的参保人员，备案有效期内回参保市就医可以享受医保结算服务，原则上不低于参保市转诊转院待遇水平；以个人承诺方式办理备案的参保人员，应履行承诺事项，可在补齐相关备案材料后在备案市和参保市双向享受医保待遇。

第二十三条 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。

第二十四条 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（见附件2），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。

第二十五条 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。

第二十六条 逐步建立补记账机制。因医保信息系统异常、未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。

第二十七条 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3）。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

第二十八条 跨市就医门诊和住院等医疗费用结算，按国家和省有关规定执行。

第二十九条 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4-11）。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。

其中参保人和近亲属在省内不同统筹地区参保、近亲属在

其参保市就医购药的，个人账户家庭共济部分由近亲属参保市医保经办机构每月按本地月结流程与定点医药机构结算，并向省医保中心申报。

（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个人账户家庭共济使用基金清分表》《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 12-22），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 23）、《广东省省内跨市就医医疗费用险种分类表》（见附件 24）电子信息反馈给参保市经办机构。

第三十条 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，年度清算的基金范围为基本医疗保险统筹基金。

经核查确属定点医药机构原因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 25），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

第三十一条 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。

第三十二条

（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。

第三十三条

每年2月5日前，省医保中心按照上年度跨市就医支出总额的25%（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个工作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个工作日内补足。

第三十四条

（一）预付金。省内跨市和跨省异地个人账户家庭共济费用分别纳入省内跨市和跨省异地就医医疗费用预付金范围，按省内和跨省异地就医直接结算有关规定执行。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”。参保人或近亲属使用参保人个人账户省内跨市就医购药的财务处理方式，按相关规定执行。

第三十五条

（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

第三十六条 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。

第三十七条 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。

第三十八条 我省原有文件与本规程不一致的，按本规程执行。

第三十九条 本规程由省医疗保障局负责解释。

第四十条 本规程自 2025 年 1 月 1 日起实施，有效期 5 年。
《广东省基本医疗保障省内跨市就医医疗费用直接结算经办规程（试行）》（粤医保规〔2021〕5 号）同时废止。

附件：1.外伤无第三方责任承诺书

2.广东省省内跨市就医生育保险项目范围

3.广东省省内跨市就医医疗费用零星报销协办业务
信息表

4.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）

5.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）

6.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）

- 7.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)
- 8.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)
- 9.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)
- 10.广东省个人账户家庭共济就医医疗费用结算
申报汇总表
- 11.广东省个人账户家庭共济就医医疗费用结算
申报明细表
- 12.广东省省内跨市就医医疗费用月结算审核
说明(职工医保)
- 13.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)
- 14.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)
- 15.广东省省内跨市就医医疗费用月结算审核
说明(居民医保)
- 16.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)
- 17.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)

- 18.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）
- 19.广东省省内跨市就医医疗费用月结算审核
支付汇总表（居民医保）
- 20.广东省省内跨市就医个人账户家庭共济使用
基金清分表
- 21.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）
- 22.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）
- 23.广东省医疗保险跨市就医结算专户划拨凭证
（收/付款）
- 24.广东省省内跨市就医医疗费用险种分类表
- 25.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

外伤无第三方责任承诺书

承诺人		联系电话	
证件类型		证件号码	
承诺事项	外伤无第三方责任		
承诺内容: 本人同意授权_____医保经办机构通过信息共享方式查询本人与办理医保业务相关的信息,承诺所提供材料均为真实合法,符合办理业务条件,如伪造材料或以任何方式骗取医疗保险待遇的,本人愿意承担一切后果;同意_____医保经办机构将本人虚假行为上报和纳入信用管理体系,并就本次办理业务的其他承诺内容陈述如下: 本人于____年__月__日__时在_____ (地点)发生 _____ (外伤经过)。现承诺本次意外受伤与第三方责任或工伤责任无关,如与第三方责任或工伤责任有关,则将已享受的医保待遇全额退回医保,并承担相应的法律责任。 温馨提示: 1.反欺诈法律提示:以虚构劳动关系、伪造证明材料或者其他手段骗取基本医疗保险待遇和生育保险待遇的,属于刑法第二百六十六条规定的诈骗公私财物的行为,将依法追究刑事责任。 2.此表可现场填写,由承诺人本人手写签名,患者本人无法签字的由其近亲属代签,并填写身份证号码和联系方式。 承诺人(签名): 日期: 年 月 日			

附件2

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 3

广东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。

附件 5

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

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：2025-01-01 至 2025-01-31

金额单位：元（保留两位小数）

附件 6

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

定点医药机构名称：

定点医药机构代码：

业务交接号：

申报结算日期：2025-01-01 至 2025-01-31

参保市：

金额单位：元（保留两位小数）

序 号	姓 名	性 别	年 龄	身 份 证 件 号 码	人 员 类 别	定 点 医 药 机 构 代 码	就 医 登 记 号	业 务 类 型	就 医 开 始 日 期	就 医 结 束 日 期	诊 疗 夫 数	结 算 日 期	出 院 诊 断	医 疗 费 用 总 金 额	个 人 现 金 金 额	个 人 先 自 付 金 额	基 本 医 疗 保 险 共 付 段	补 充 医 疗 保 险 共 付 段	大 病 保 险	公 务 员 医 疗 补 助	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
																	自 付 金 额 (含 超 限 额 自 付)	补 充 医 疗 保 险 记 账 金 额	自 付 金 额 (含 超 限 额 自 付)	大 病 保 险 记 账 金 额	公 务 员 医 疗 补 助 记 账 金 额	自 付 金 额 (含 超 限 额 自 付)			
																	个 人 账 户 支 付 金 额	个 人 账 户 支 付 金 额	自 付 金 额 (含 超 限 额 自 付)	大 病 保 险 记 账 金 额	公 务 员 医 疗 补 助 记 账 金 额	自 付 金 额 (含 超 限 额 自 付)			
																	统 筹 记 账 金 额	补 充 医 疗 保 险 记 账 金 额	自 付 金 额 (含 超 限 额 自 付)	大 病 保 险 记 账 金 额	公 务 员 医 疗 补 助 记 账 金 额	自 付 金 额 (含 超 限 额 自 付)			
																	医 用 耗 材	补 充 医 疗 保 险 记 账 金 额	自 付 金 额 (含 超 限 额 自 付)	大 病 保 险 记 账 金 额	公 务 员 医 疗 补 助 记 账 金 额	自 付 金 额 (含 超 限 额 自 付)			
																	医 疗 服 务 项 目	补 充 医 疗 保 险 记 账 金 额	自 付 金 额 (含 超 限 额 自 付)	大 病 保 险 记 账 金 额	公 务 员 医 疗 补 助 记 账 金 额	自 付 金 额 (含 超 限 额 自 付)			
																	药 品	补 充 医 疗 保 险 记 账 金 额	自 付 金 额 (含 超 限 额 自 付)	大 病 保 险 记 账 金 额	公 务 员 医 疗 补 助 记 账 金 额	自 付 金 额 (含 超 限 额 自 付)			
																	起 付 线	补 充 医 疗 保 险 记 账 金 额	自 付 金 额 (含 超 限 额 自 付)	大 病 保 险 记 账 金 额	公 务 员 医 疗 补 助 记 账 金 额	自 付 金 额 (含 超 限 额 自 付)			

附件 7

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：2025-01-01 至 2025-01-31

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	医保记 账金额 合计	基本 医疗 保险				个人账户		补充 医疗 保险	大病保 险	公务员 补助	医疗 救助	其他	个人现金
					统筹 基金	个人账户		个账 共济								
						本人 个账	个账 共济									
广州市																
深圳市																
...																
合计																

定点医药机构制表人：张三

确认申报日期： 年 月 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=基本医疗保险+补充医疗保险+医疗补助+其他。

3. 基本医疗保险=统筹基金+个人账户。

附件 8

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

定点医药机构名称：

业务交接号：

定点医药机构代码：

参保市：

申报结算日期：2025-01-01 至 2025-01-31

金额单位：元（保留两位小数）

附件 9

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

定点医药机构名称：
定点医药机构代码：

业务交接号：

申报结算日期：2025-01-01 至 2025-01-31

参保市：

金额单位：元（保留两位小数）

序号	姓名	性别	年龄	身份证件号码	人员类别	定点医药机构代码	就医登记号	业务类型	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	个人现金金额	个人先自付金额	基本医疗保险 共付段	补充医疗保险 共付段	大病保险	公务员医疗补助	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
																	个人账户支付金额	自付金额（含超限额自付）	自付金额（含超限额自付）	自付金额（含超限额自付）	自付金额（含超限额自付）				
																	统筹记账金额	补充医疗保险记账金额	大病保险记账金额	公务员医疗补助记账金额					
																	个人账户共济								
																	本人个人账户								
																	医用耗材								
																	医疗服务项目								
																	药品								
																	起付线								

广东省个人账户家庭共济就医医疗费用结算申报汇总表
(就医地用表)

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）

序号	参保人参保地	医疗机构数量	人数	人次	个账共济金额
1	广州				
2	深圳				
.....					
合计					

负责人：

复核人：

制表人：

制表日期： 年 月 日

联系电话：

附件 11

广东省个人账户家庭共济就医医疗费用结算申报明细表
(就医地用表)

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)

序号	定点医药 机构编码	定点医药 机构名称	证件类型	证件号	姓名	人员类 型	业务类 型	就诊开 始时间	就诊结 束时间	结算 时间	出院 诊断	授权人 参保地	个账共 济金额
1												广州	
2												深圳	
.....													
合计													

负责人： 复核人： 制表人： 制表日期： 年 月 日 联系电话：

附件 12

广东省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：						
费用申报定点医院机构名称：			申报结算日期：2025-01-01 至 2025-01-31									
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）						
医疗费用审核	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
					在职/退休/其他	普通门诊/特种/重大疫情/特殊医疗保障/普通生育/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/按床日付费/按项目付费/其他					
补拨补扣	补拨补扣医疗费用所属月份	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	补拨补扣人次	补拨补扣金额	备注
					在职/退休/其他	普通门诊/特种/重大疫情/特殊医疗保障/普通生育/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/按床日付费/按项目付费/其他					
专项补例：根据……，补拨/补扣 2025 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（职工医保）
(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：2025-01-01 至 2025-01-31							
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	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											
门诊特定病种	申报	在职						/	/	/	
	退休							/	/	/	

生育住院	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																		
全部合计	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																		

[illegible]

就医市(审核)经办机构负责人:

复核人:

制表人:

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。

$$2. \text{实际支付金额} = \text{记账金额} + \text{审核扣减金额} + \text{补拨补扣金额}。$$

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：			
费用申报定点医药机构名称：				申报结算日期：2025-01-01 至 2025-01-31							
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	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											
门诊特定病种	申报	在职						/	/	/	
		退休						/	/	/	

		退休									/	/	/							
		其他									/	/	/							
	小计																			
	审核	在职												/						
		退休												/						
		其他												/						
	小计																			
	支付	在职																		
		退休																		
		其他																		
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																		
		退休																		
		其他																		
	小计																			

生育保险院	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													
	全部合计	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													
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说明（居民医保）

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：						
费用申报定点医院医药机构名称：			申报结算日期：2025-01-01 至 2025-01-31									
费用申报定点医院医药机构代码：			业务交接号：			金额单位：元（保留两位小数）						
医疗费用审核	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
					居民	普通门诊/门诊/重大疫情保障/特殊门诊/生育住院	按病种/分值付费/按疾病组付费/按床日付费/其他					
补拨补扣	补拨补扣医疗费用所属月份	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	补拨补扣人次	补拨补扣金额	备注
					居民	普通门诊/门诊/重大疫情保障/特殊门诊/生育住院	按病种/分值付费/按疾病组付费/按床日付费/其他					
专项补拨补扣 例：根据……，补拨/补扣 2025 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）经办机构医疗费用审核部门联系人：									联系电话：		制表时间： 年 月 日	

附件 16

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：2025-01-01 至 2025-01-31				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
普通门诊	申报 居民							/	/		
	小计										
	审核 居民									/	
	小计										
	支付 居民										
门诊特定病种	小计										
	申报 居民							/	/	/	
	小计										
	审核 居民									/	
	小计										
重大疫情特殊医疗	支付 居民										
	小计										
	申报 居民							/	/	/	
	小计										
	支付 居民										

附件 17

广东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：			
费用申报定点医院名称：				申报结算日期：2025-01-01 至 2025-01-31							
费用申报定点医院代码：				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										
重大疫情特殊医疗	申报	居民						/	/	/	
	小计										

[illegible]

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 18

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）

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
 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	个人现 金支付 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		补充 医疗 保险	大病 保险	公务员 补助				医疗救助	其他
									本人个账	个账共济								
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+补拨补扣金额。

附件 19

广东省省内跨市就医医疗费用月结算审核支付汇总表（居民医保）

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
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	个人现 金支付 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		补 充 医 疗 保 险	大 病 保 险	公 务 员 补 助				医 疗 救 助	其 他
									本 人 个 账	个 账 共 济								
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+补拨补扣金额。

附件 21

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）

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	定点医院机构名称	定点医院机构代码	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： 家定点医院机构						
珠海市							
	小计： 家定点医院机构						
.....							
.....							
	小计： 家定点医院机构						
合计： 个参保市 家定点医院机构							

负责人：

复核人：

制表人：

制表日期：

年 月 日

联系电话：

附件 22

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）

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 23

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 24

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:

(保留两位小数)

单位: 元

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										
...	...										

广东省内跨市就医医疗费用年度清算拨付计划表

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	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