人力资源社会保障部 财政部 国家卫生健康委

关于开展工伤保险跨省异地就医

直接结算试点工作的通知

人社部发〔2024〕11号

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团人力资源社会保障厅（局）、财政厅（局）、卫生健康委：

为加快推进工伤保险跨省异地就医直接结算工作，更好保障工伤职工权益，不断提升工伤保险管理服务便捷度和工伤职工获得感，根据《国务院办公厅关于加快推进政务服务“跨省通办”的指导意见》（国办发〔2020〕35号）和《人力资源社会保障部关于印发<人力资源社会保障信息化便民服务创新提升行动方案>的通知》（人社部发〔2020〕83号）要求，开展工伤保险跨省异地就医直接结算试点工作。现就有关工作通知如下：

一、试点目标

2024年4月1日，由各省（自治区、直辖市）和新疆生产建设兵团（以下简称省）人力资源社会保障厅（局）选择部分地市启动工伤保险跨省异地就医直接结算试点工作，依托全国工伤保险异地就医结算信息系统（以下简称工伤保险异地就医系统），实行试点地市人员持社会保障卡（含电子社保卡，以下统称社保卡）直接结算跨省异地就医住院工伤医疗费用、住院工伤康复费用和辅助器具配置费用。试点期限为一年。通过试点，实现试点地市跨省异地就医直接结算制度基本定型，机制运行较为顺畅，异地就医备案规范便捷，当地工伤职工的跨省异地就医直接结算需求得到初步满足。

二、基本原则

（一）统一管理。坚持就医地统一管理，将异地就医纳入就医地协议管理、费用监控、医疗服务质量监督等各项管理服务范围。

（二）结算便捷。坚持为工伤职工提供方便快捷的结算服务，工伤保险基金支付部分由就医地经办机构与就医地协议医疗（康复）、辅助器具配置机构（以下简称协议机构）按协议约定审核后支付。

（三）循序渐进。坚持住院费用先纳入，先期以异地长期居住（工作）和异地转诊转院人员起步，优先联通异地就医集中地区，协议机构信息系统联通一家上线一家，稳步有序推进直接结算工作。

（四）联动共促。坚持参保地与就医地异地就医工作分工明确与责任共担相结合，建立科学有效协同机制，提升管理服务质量，确保工伤职工获得高质、便捷跨省异地就医直接结算服务。

（五）安全稳健。坚持工伤保险基金以支定收、收支平衡，严格规范管理，合理使用基金，切实防范风险，确保基金安全可持续运行和各项待遇支付。

三、明确异地就医人员范围

参加工伤保险并已完成工伤认定、工伤复发确认、工伤康复确认或辅助器具配置确认的异地长期居住、常驻异地工作和异地转诊转院等工伤职工，可以申请办理跨省异地就医住院工伤医疗费用、住院工伤康复费用和辅助器具配置费用直接结算。

（一）在参保省外居住（工作）半年（含）及以上，并符合参保地异地就医、康复、辅助器具配置要求的工伤职工。

（二）参保地医疗和康复、辅助器具配置协议机构限于医疗技术和设备不能诊治或配置，并符合参保地转诊转院要求的工伤职工。

四、明确异地就医政策

（一）严格备案管理。工伤职工跨省异地就医前，应向参保地经办机构进行备案并经审核同意。异地长期居住（工作）工伤职工和跨省转诊转院工伤职工备案有效期由参保地所在省（以下简称参保省）统一规定。参保省应引导异地长期居住（工作）工伤职工有序就医，可合理设置变更或取消备案的时限要求，原则上不超过6个月。

（二）明确结算范围。异地就医工伤职工在就医地发生的无第三方责任的住院工伤医疗费、住院工伤康复费和辅助器具配置费纳入跨省异地就医直接结算范围。住院伙食补助费和因异地转诊转院发生的到统筹区外就医所需的交通食宿费不纳入跨省异地就医直接结算范围，由参保地经办机构按照参保地政策审核报销。

（三）规范待遇政策。异地就医直接结算的住院工伤医疗费、住院工伤康复费，执行就医地工伤保险诊疗项目目录、工伤保险药品目录、工伤保险住院服务标准、工伤康复服务项目等有关规定；辅助器具配置执行参保地辅助器具配置目录有关规定。

跨省异地长期居住（工作）人员在备案有效期内异地就医的，在就医地享受工伤保险费用结算服务，执行就医地政策；确需回参保地并在当地就医的，可以在参保地享受工伤保险费用结算服务，执行参保地政策。跨省异地转诊转院工伤职工在备案有效期内，可在就医地多次就诊并享受跨省异地就医直接结算服务。

五、加强异地就医管理

（一）合理布局异地协议机构。各省应按照合理布局、分步纳入的原则，选择工伤职工就医需求较为集中，管理服务水平和信息化程度较高的地市开展试点。各省选择确定开展工伤医疗跨省异地就医直接结算试点的地市数量，控制在本省地市总数的40%以内。试点地市根据实际确定本市相应协议医疗机构，并根据试点工作推进情况逐步增加。试点期间，各省至少选择确定一家协议康复机构和一家辅助器具配置机构实现异地就医费用联网直接结算。

（二）实施就医地统一管理。就医地经办机构应将异地就医工伤职工纳入本地统一管理，为其提供和本地工伤职工相同的服务和管理，相关数据纳入本地统计分析事项。就医地经办机构应将异地就医工作纳入协议管理范围，并将相关内容在协议中予以明确。要加强基金支出管理，通过开展日常检查、专项检查、年度检查等方式，监督协议机构严格执行工伤保险各项目录、标准的有关规定，并将检查结果充分运用在协议续签、月度结算等环节中。

六、规范异地就医流程

（一）规范转出流程。工伤职工跨省异地就医前，可通过国家社会保险公共服务平台、人社政务服务平台、掌上12333APP、电子社保卡等全国统一服务入口（以下简称全国统一服务入口）或参保地经办机构窗口办理异地就医备案手续。参保地经办机构应将线下收到的备案信息及时上传至工伤保险异地就医系统，形成全国异地就医备案人员库，并进行动态管理，供就医地经办机构和协议机构及时获取。

（二）规范就医流程。工伤职工办理入院手续时，协议机构应核对工伤职工身份信息和备案信息，严格按照工伤保险政策有关规定提供医疗、康复和辅助器具配置服务，因伤施治，伤病分离管理，合理诊疗。对工伤职工治疗非工伤所发生的费用，就医中发生的超标准超目录范围和不符合诊疗常规的费用，及其他违反工伤保险有关规定的费用，工伤保险基金不予支付。

（三）规范结算流程。工伤职工异地就医结算实行持社保卡直接结算，工伤保险基金按项目付费。工伤保险异地就医系统提供接口和登录两种模式，支持各省完成费用结算。协议机构应及时传输工伤职工就医、结算及其他相关信息，确保信息真实、完整、准确，不得篡改作假。

七、强化异地就医资金管理

（一）明确资金管理方式。跨省异地就医费用工伤保险基金支付部分在各省间实行先预付后清算。预付金初始额度确认后按年调整，就医费用各省按季度全额清算。预付金初始额度为可支付半年资金，由各省根据往年跨省异地就医工伤保险基金支付金额及政策实施后释放效应预估后上报，部级经办机构审核确定。预付金初始额度最晚于本通知印发之日起三个月内拨付到位。

预付金来源于各统筹地区工伤保险基金。就医地所在省（以下简称就医省）可调剂使用各参保省的预付金，用于支付参保地异地就医工伤职工直接结算相关费用。

（二）建立跨省综合协调机制。跨省异地就医预付及清算资金由参保省与就医省进行划拨。各省级经办机构和财政部门应按照《工伤保险跨省异地就医直接结算经办规程》（见附件，以下简称经办规程）要求，协同做好资金划拨和收款工作。部级经办机构负责协调和督促各省按规定及时拨付资金。

试点期间，人力资源社会保障部、财政部将通报各省预付金和清算资金按时拨付情况。对拖欠预付金和清算资金的参保省，就医省可视情况向部级经办机构提出终止该参保省的直接结算业务。

（三）明确相关管理事项。划拨跨省异地就医资金过程中发生的银行手续费、银行票据工本费等不得在工伤保险基金中列支。预付金在就医省产生的利息归就医省所有。跨省异地就医费用结算和清算过程中形成的暂付款项和暂收款项按相关会计制度规定进行核算。

（四）加强风险防控。异地就医参保人员在各省工伤协议机构的就医、康复、辅助器具配置行为和相应费用纳入就医地工伤保险基金稽核、监管和审计。参保地应加强与就医地沟通协调，建立工伤医疗异地就医管理机制，以大额、高频次、备案期间备案地和参保地双向支出等为重点，实施费用数据稽核，科学有效开展相关异地就医管理工作。就医地要尽可能提供便利条件，积极配合参保地开展事后稽核监管工作。人力资源社会保障部根据异地就医工作进展，以异地就医大额费用或疑难案例为重点，适时组织开展联审互查，加大基金支出监管力度。

八、加快工伤保险异地就医信息系统建设

（一）建设全国信息系统。人力资源社会保障部依托金保工程业务专网，组织建设工伤保险异地就医系统。实现各级工伤保险经办机构、协议机构协同办理工伤保险跨省异地就医业务，确保备案、结算等信息跨机构、跨层级传递，支持定期结算、清分工伤保险异地就医资金。

（二）加快信息系统联网接入。各省应结合本省工伤保险信息化情况，选择接口或登录模式接入工伤保险异地就医系统，同时应加快推进省内工伤医疗、工伤康复和辅助器具配置费用联网直接结算。已实现信息系统省级集中的省份，原则上均需选择接口模式接入，采取非人力资源社会保障部门结算通道方式的省份，根据工伤保险跨省异地就医结算总体要求，组织做好相关系统改造工作，实现工伤保险跨省异地就医结算信息协同共享。尚未实现信息系统省级集中的省份，应组织纳入跨省异地就医的协议机构及经办机构，通过登录工伤保险异地就医系统开展业务办理，在2024年底前完成向接口模式的过渡。

（三）推进社保卡应用。各省要将社保卡作为工伤职工异地就医身份识别和直接结算凭证，对有异地就医需求的人员优先发卡，并引导其签发电子社保卡，建立跨省用卡服务机制。要按照全国跨省用卡技术方案和统一接口规范，完成读卡、扫码终端和用卡环境改造，支持跨省用卡鉴权。

（四）提高公共服务可及性。人力资源社会保障部将依托全国统一服务入口，为工伤职工提供方便、快捷的工伤异地就医备案申请、就医结算明细查询等服务。各省也应借助本地线上、线下服务渠道，提高经办管理服务水平，为工伤职工提供便捷、优质、高效的服务。

九、工作要求

（一）加强组织领导。试点期间，各级人力资源社会保障部门要将跨省异地就医直接结算工作作为落实国务院“跨省通办”、人社信息化便民服务创新提升行动的重要任务，加强领导、统筹谋划、精心组织、协调推进、攻坚克难，纳入目标任务考核管理，确保按时完成任务。财政部门根据经办机构请款，按规定及时划拨跨省异地就医资金，合理安排工作经费，加强与经办机构对账管理，确保账账相符、账款相符。卫生健康部门要指导相关医疗机构积极配合落实跨省异地就医各项任务，提高服务能力，保障医疗质量和安全。各地各部门要认真总结试点期间工作经验成效，针对出现的问题及时研究解决措施，确保试点工作稳妥推进，为适时扩大直接结算人员范围和费用结算范围奠定坚实基础。

（二）加强队伍建设。要加强国家和省级异地就医工作队伍建设，特别是异地就医人数集中的地区，应根据管理服务的需要，加强机构、人员和办公条件保障，合理配置专业工作人员，并充分调动协议机构的积极性，保证服务质量，提高工作效率。

（三）做好宣传引导。充分利用现有12333咨询服务电话和各级人力资源社会保障部门门户网站，拓展多种信息化服务渠道，引导合理有序就医，提供就医地协议机构信息、参保地报销政策信息、跨省工伤保险业务经办指南、查询投诉等服务。

各省人力资源社会保障厅（局）要牵头认真总结试点工作情况，于试点结束前上报人力资源社会保障部。人力资源社会保障部适时牵头开展试点评估，加强运行分析，完善工作措施，提出下一步工作安排。工作推进过程中遇到重大问题，请及时报告人力资源社会保障部。

附件：工伤保险跨省异地就医直接结算经办规程

人力资源社会保障部 财 政 部

国家卫生健康委

2024年1月12日

（此件主动公开）

（联系单位：人力资源社会保障部工伤保险司）

附件2

试点地区工伤保险跨省异地就医直接结算协议医疗机构、协议康复机构

及协议辅助器具配置机构名单

一、跨省异地就医直接结算协议医疗机构

宁夏医科大学总医院

宁夏回族自治区人民医院

银川国龙骨科医院

宁夏颐阳医院

石嘴山市第一人民医院

石嘴山市第二人民医院

石嘴山市中医医院

宁夏回族自治区第五人民医院

宁夏回族自治区第五人民医院石嘴山中心医院

二、跨省异地就医直接结算协议康复机构

宁夏医科大学总医院

宁夏回族自治区工人疗养院

石嘴山市中医医院

宁夏回族自治区第五人民医院石炭井医院

三、跨省异地就医直接结算协议辅助器具配置机构

银川悦康伤残人康复中心(有限公司)

宁夏康复假肢矫形器有限公司

附件3

宁夏回族自治区工伤保险跨省异地就医

直接结算经办规程（试行）

[第一章 总则 1](#_Toc158287342)8

[第二章 备案管理 1](#_Toc158287343)9

[第三章 就医管理 2](#_Toc158287344)1

[第四章 预付金管理 2](#_Toc158287345)2

[第五章 就医费用结算 2](#_Toc158287346)5

[第六章 费用清算 2](#_Toc158287347)7

[第七章 信息管理 2](#_Toc158287348)9

[第八章 稽核监督 2](#_Toc158287349)9

[第九章 附则 3](#_Toc158287350)1

# 第一章 总则

**第一条** 为落实《国务院关于加快推进政务服务“跨省通办”指导意见》（国办发〔2020〕35号）、《人力资源社会保障部 财政部 国家卫生健康委关于开展工伤保险跨省异地就医直接结算试点工作的通知》（人社部发〔2024〕11号）等文件有关要求，推进工伤保险跨省异地就医费用直接结算，规范异地就医管理，提高服务水平，制定本规程。

**第二条** 本规程适用于工伤保险跨省异地就医费用直接结算经办管理服务工作。

**第三条** 符合条件的工伤职工在参保省外的工伤保险协议医疗机构、康复机构和辅助器具配置机构（以下统称协议机构）发生的无第三方责任住院工伤医疗、住院工伤康复和辅助器具配置（含更换，下同）等工伤保险保障范围内的合规跨省异地就医费用，可以按照本规程的规定直接结算。

**第四条** 参加工伤保险并已完成工伤认定、工伤复发确认、工伤康复确认或辅助器具配置确认且符合待遇享受资格的以下工伤职工，可以申请跨省异地就医费用直接结算：

（一）异地长期居住（工作）工伤职工：指在自治区外长期居住生活或被用人单位长期派驻至自治区外工作半年以上的工伤职工；

（二）异地转诊转院工伤职工：指因医疗条件所限需要转诊转院到自治区外就医的工伤职工。

**第五条** 各级社会保险经办机构、工伤保险协议机构，通过全国工伤保险异地就医结算信息系统（以下简称全国系统）以及宁夏人力资源社会保障一体化系统和宁夏人力资源社会保障公共服务系统（以下简称省系统），开展工伤保险跨省异地就医直接结算，实现结算信息电子化传递。

**第六条** 跨省异地就医费用工伤保险基金支付部分在各省间实行先预付后清算，预付资金来源于自治区工伤保险基金。

# 第二章 备案管理

**第七条** 工伤保险跨省异地就医直接结算实行备案管理制。参保地经办机构应及时办理工伤职工提出的备案申请并依法告知结果。

**第八条** 跨省异地长期居住（工作）工伤职工可通过线下申请或“我的宁夏”手机APP向参保地经办机构申请备案。跨省异地转诊转院（工伤康复、辅助器具配置）工伤职工应在区内二甲及以上工伤保险协议医疗机构（跨省异地就医协议康复机构、跨省异地就医协议辅助器具配置机构）办理转诊转院备案手续，备案后协议机构将转诊转院意见及备案情况等信息同步上传至参保地经办机构。

**第九条** 参保地经办机构应按规定为工伤职工办理备案手续，并分别收取以下材料：

（一）异地长期居住（工作）工伤职工：《工伤保险跨省异地就医（康复）直接结算备案表》（附件1）、异地长期居住佐证材料或常驻异地工作佐证材料；

（二）异地转诊转院工伤职工：《工伤保险跨省异地就医（康复）直接结算备案表》、协议机构转诊转院意见；

（三）异地配置辅助器具工伤职工：《工伤保险跨省异地配置辅助器具直接结算备案表》（附件2），并根据三种情形分别提供协议机构转诊转院意见、异地长期居住或常驻异地工作佐证材料。

**第十条** 异地长期居住（工作）工伤职工应在备案地规范有序就医，备案后6个月内不应变更备案地。跨省转诊转院工伤职工异地就医备案实行一次一备，本次出院结算后备案信息自动失效，当次异地就医结束，需要再次转诊转院的应在参保地重新办理备案登记，备案后6个月内未转诊转院就医的，备案自动失效。

**第十一条** 参保地经办机构在为工伤职工办理备案时原则上直接备案到就医地市或直辖市。工伤职工具备待遇享受资格且完成备案后，可在就医地开通的所有跨省异地就医直接结算协议机构享受住院工伤医疗费用、住院工伤康复费用或辅助器具配置费用直接结算服务。

**第十二条** 工伤职工办理异地就医备案后，备案有效期内，可在就医地多次就诊并享受跨省异地就医直接结算服务。备案有效期内已办理入院手续的，不受备案有效期限制，可正常直接结算相关费用。

跨省异地长期居住（工作）人员在备案有效期内确需回参保地就医的，可以在参保地享受工伤保险费用结算服务，执行参保地政策。

**第十三条** 参保地经办机构应按规定及时办理工伤职工提出的备案申请，并告知工伤职工应提前激活社会保障卡金融账户，用于划拨住院伙食补助费用。对于符合备案条件的，原则上应在5个工作日内办理完毕并告知申请人；对于备案材料不齐全的，应一次性告知需补正的材料；对于不符合备案条件的，应将备案结论告知申请人。通过线上办理备案登记的，申请人可通过线上自行查询办理结果。参保地经办机构在办理完成后，及时将办理结果回传至全国系统。

**第十四条** 已完成异地长期居住（工作）备案的工伤职工，居住（工作）地等信息发生变更，或结束异地长期居住（工作）的，应及时办理备案信息变更或取消备案。参保地经办机构应及时将办理结果上传至全国系统。

**第十五条** 工伤职工未按规定转院备案或在就医地非工伤保险协议机构发生的就医费用（急诊急救除外），工伤保险基金不予支付。

# 第三章 就医管理

**第十六条** 自治区社保局和各地经办机构将确定后的跨省异地就医直接结算协议机构名单在门户网站公布。协议机构发生新增、中止或终止协议、停业或歇业等情形的，各地经办机构应及时上报自治区社保局，由自治区社保局上报全国系统，动态更新全国跨省异地就医直接结算协议机构库。

**第十七条** 工伤职工在就医地跨省异地就医直接结算协议机构就医时，应主动表明身份，出示社会保障卡（含电子社保卡，下同）等有效身份凭证，遵守就医地就医流程和服务规范。

就医地协议机构应当为异地就医工伤职工提供与本地工伤职工同等的医疗、康复和辅助器具配置服务。就医地经办机构负责具体审核在本地区发生的异地就医住院工伤医疗、住院工伤康复和辅助器具配置费用。

# 第四章 预付金管理

**第十八条** 预付金是参保省预付给就医省用于支付参保省异地就医工伤职工就医费用的资金，资金专款专用，任何组织和个人不得侵占或者挪用。原则上根据上年度工伤保险跨省异地就医结算资金季度平均值的两倍核定年度预付金额度，按年调整。

**第十九条** 自治区财政厅收到各参保省划拨的预付金后，于10个工作日内划拨至自治区社保局，由自治区社保局调剂使用各参保省的预付金，用于支付各市、县作为就医地发生的跨省异地就医直接结算费用。我区向就医省划拨的预付金由自治区财政厅从自治区工伤保险基金中划拨。自治区财政厅按规定完成付款和收款后，5个工作日内将划拨及收款信息反馈到自治区社保局，自治区社保局及时向部级经办机构反馈到账信息。

**第二十条** 预付金初始额度为可支付半年资金，由自治区社保局根据往年全区跨省异地就医工伤保险基金支付金额并结合政策实施后释放效应预估后上报。自治区社保局通过全国系统下载部级经办机构核定生成的《\_\_\_\_省（区、市）工伤保险跨省异地就医预付金付款通知书》（附件3）、《\_\_\_\_省（区、市）工伤保险跨省异地就医预付金收款通知书》（附件4），并通知自治区财政厅付款和收款。

**第二十一条** 每年1月底前，部级经办机构对预付金进行年度调整，就医省应收参保省预付金额度低于上年额度的，应返还参保省相应资金，返还资金列入本年度就医省跨省异地就医预付金额度调整付款通知书，并在对应参保省名称前加注“\*”。

参保省应收就医省返还的资金列入本年度参保省跨省异地就医预付金额度调整收款通知书，并在对应就医省名称前加注“\*”。

**第二十二条** 自治区社保局在部级经办机构发布预付金额度调整通知后，及时通过全国系统接收《\_\_\_省（区、市）工伤保险跨省异地就医预付金额度调整付款通知书》（附件5）、《\_\_\_\_省（区、市）工伤保险跨省异地就医预付金额度调整收款通知书》（附件6），并于5个工作日内提交自治区财政厅。自治区财政厅按规定审核后，在10个工作日内进行划款，在划拨预付金时，注明业务类型（预付金或清算资金），完成划拨后5个工作日内将划拨信息反馈到自治区社保局。

**第二十三条** 自治区社保局完成付款确认时，应在全国系统内反馈付款银行类别、交易流水号和交易日期等信息，确保信息真实、准确，原则上应于每年2月底前完成年度预付金调整额度的收付款工作。

**第二十四条** 建立预付金预警和调增机制。预付金使用率为预警指标，是指异地就医季度清算资金占预付金的比例。当某一参保省的预付金使用率达到70%时，为黄色预警；预付金使用率达到80%及以上时，为红色预警，自治区社保局可启动针对该参保省的预付金紧急调增流程。

**第二十五条** 当预付金使用率出现红色预警时，自治区社保局可在当期清算签章之日起3个工作日内登录全国系统向部级经办机构提出预付金额度调增申请。原则上每季度最多提出1次紧急调增申请，每次申请最高额度为本季度待与协议机构月结金额的两倍。自治区社保局接到部级经办机构下发的《\_\_\_\_省（区、市）工伤保险跨省异地就医预付金额度紧急调增收款通知书》（附件7）后，及时提交自治区财政厅收款，自治区财政厅收款后10个工作日内划拨给自治区社保局。

**第二十六条** 自治区社保局收到部级经办机构下发的《\_\_\_\_省（区、市）工伤保险跨省异地就医预付金额度紧急调增付款通知书》（附件8）后，应于5个工作日内提交自治区财政厅。自治区财政厅按规定对付款通知书和用款申请计划审核后，在10个工作日内完成预付金紧急调增资金的拨付。原则上预付金紧急调增额度应于下期清算前完成拨付。

**第二十七条** 自治区社保局应当在“暂付款”科目下设置“异地就医预付金”明细科目，并在该明细科目下按照预付对方地区进行明细核算，核算我区向就医省划拨的跨省异地就医预付资金，以及退回的跨省异地就医预付金。自治区社保局在“暂收款”科目下设置“异地就医资金”明细科目，用于核算我区接收参保省划拨的异地就医预付金和清算资金。

# 第五章 就医费用结算

**第二十八条** 就医费用结算是指各地经办机构与本地协议机构对跨省异地就医费用审核和对账确认后，按协议或有关规定向协议机构支付费用的行为。就医费用对账是指各地经办机构与协议机构就住院工伤医疗、住院工伤康复以及辅助器具配置费用确认工伤保险基金支付金额的行为。

**第二十九条** 异地就医工伤职工直接结算的住院医疗费和住院康复费，执行就医地工伤保险诊疗项目目录、工伤保险药品目录、工伤保险住院服务标准、工伤康复服务项目（以下简称就医地目录）等有关规定。辅助器具配置执行参保地辅助器具配置目录有关规定。

住院伙食补助费和因异地转诊转院发生的到自治区外就医所需的交通食宿费不纳入跨省异地就医直接结算范围，由参保地经办机构按照我区政策执行。

**第三十条** 外省工伤职工在自治区内异地就医（康复）的，在办理入院登记时，协议机构经办人员应核对工伤职工身份信息和备案信息。职工出院时，再次核对身份信息和备案信息，确保职工出院结算时备案信息符合结算条件。外省工伤职工在自治区内异地配置辅助器具的，协议机构经办人员应核对工伤职工身份信息、备案信息和配置费用核付通知单后按规定提供配置服务。通过本省信息系统完成联网结算后，在5个工作日内将职工基本信息、协议机构信息、临床诊断、治疗明细、配置费用明细等结算信息通过省级系统上传至全国系统。

对于住院康复的工伤职工，原则上协议机构还应在出院结算前上传康复方案至全国系统。

**第三十一条** 协议机构应及时上传上月发生的跨省异地就医费用，并向就医地经办机构发起费用审核、结算申请，生成《工伤保险费用结算表》（附件9）、《工伤保险费用结算明细表（住院/康复）》（附件9-1）、《工伤保险费用结算明细表（辅助器具配置）》（附件9-2），就医地经办机构应及时进行审核对账，并与协议机构进行月度结算。省系统在每月20日前自动将全区月度结算信息上传全国系统。

跨省异地就医月度结算资金来源于预付金，由各就医地经办机构按流程向自治区社保局申请。

**第三十二条** 就医地对于工伤职工住院治疗（配置）过程跨自然年度的，应以出院结算日期为结算时点，按一笔费用整体结算。

**第三十三条** 跨省异地就医发生的住院工伤医疗、住院工伤康复费用和辅助器具配置费用由就医地经办机构按照规定进行审核，对治疗非工伤所发生的费用、就医中发生的超标准超目录范围和不符合诊疗常规的费用及其他违反工伤保险有关规定的费用，按协议规定予以扣除，并上传至全国系统。

**第三十四条** 工伤职工异地就医备案后，因结算网络系统、就医凭证等故障导致无法直接结算的，相关费用回参保地按参保地规定手工报销。参保地手工报销前，应切实履行审查职责，核实工伤职工是否已在就医地直接结算，杜绝重复报销。报销时应将就医凭证（病例、费用清单等相关材料）作为报销要件上传系统。

# 第六章 费用清算

**第三十五条** 跨省异地就医费用清算是指我区与其它省确认有关跨省异地就医费用的应收或应付金额，据实划拨的过程，以及各级经办机构确认有关跨省异地就医费用的应收或应付金额，据实记账的过程。

**第三十六条** 省系统每季度次月21日自动接收全国系统生成的《全国工伤保险跨省异地就医费用清算表》（附件10）、《\_\_\_\_省（区、市）工伤保险跨省异地就医应付费用清算表》（附件11）、《\_\_\_\_\_省(区、市）工伤保险跨省异地就医支付明细表》（附件11-1）、《\_\_\_\_\_省(区、市）工伤保险跨省异地就医基金审核扣款明细表》（附件11-2）、《\_\_\_\_省（区、市）工伤保险跨省异地就医应收费用清算表》（附件12），并在省系统自动生成各地经办机构《工伤保险跨省异地就医费用清算表（应收/应付）》（附件13）、《工伤保险跨省异地就医费用清算明细表（应收/应付）（医疗/康复）》（附件13-1）、《工伤保险跨省异地就医费用清算明细表（应收/应付）（辅助器具配置）》（附件13-2）。各地经办机构于每季度次月23日前确认上述清算信息，自治区社保局于每季度次月25日前汇总各地经办机构的确认结果并反馈至全国系统。

各参保地经办机构在费用审核确认后，生成《工伤保险住院伙食补助费结算表》（附件14），及时将住院伙食补助费发放到工伤职工个人社会保障卡金融账户。

**第三十七条** 自治区社保局通过全国系统接收部级经办机构每季度次月底前发布的《\_\_\_\_省（区、市）工伤保险跨省异地就医费用付款通知书》（附件15）、《\_\_\_\_省（区、市）工伤保险跨省异地就医费用收款通知书》（附件16）后，于5个工作日内提交自治区财政厅。

**第三十八条** 自治区财政厅按规定对自治区社保局提交的付款通知书和用款申请计划审核后10个工作日内，从工伤保险基金向就医地省级财政部门划拨资金。自治区财政厅在收到外省划拨的异地就医资金后10个工作日内，将资金划拨给自治区社保局。自治区财政厅及自治区社保局依据应收、应付清算结果据实记账核算。

自治区财政厅在完成清算资金拨付、收款后，在5个工作日内将划拨及收款信息反馈自治区社保局，自治区社保局向部级经办机构反馈到账信息。原则上，当期清算资金应于下期清算前完成拨付。

**第三十九条** 原则上，当季跨省异地就医直接结算费用应于下季度第二月月底前完成收、付款，收、付款延期最长不超过1个季度。当年跨省异地就医直接结算费用，最晚应于次年第一季度清算完毕。

# 第七章 信息管理

**第四十条** 省系统通过接口模式与全国系统对接，实现结算信息电子化传递。省系统为全区统一结算、清算平台。

**第四十一条** 社会保障卡是工伤职工跨省异地就医直接结算的身份凭证。协议机构应支持跨省异地就医工伤职工持社会保障卡直接结算住院工伤医疗费用、住院工伤康复费用和辅助器具配置费用。

**第四十二条** 参保工伤职工可通过国家社会保险公共服务平台、人社政务服务平台、掌上12333APP、电子社保卡等全国统一服务入口，以及宁夏人社公共服务系统等，进行跨省异地就医备案申请、协议机构查询、工伤保险异地就医明细查询等公共服务。各地经办机构、协议机构应及时向系统上传有关信息，确保信息及时、准确。

# 第八章 稽核监督

**第四十三条** 跨省异地就医医疗服务实行就医地管理。各地经办机构要将转诊转院备案等跨省异地就医相关工作纳入协议管理范围，在协议中明确相关内容，并开展日常监督和年度考核，切实保障工伤职工的权益。要指导和督促协议机构按照要求提供服务，及时传输工伤职工就医、结算及其他相关信息，确保信息真实准确，不得篡改作假。

**第四十四条** 各地经办机构应当建立异地就医工伤职工的投诉举报渠道，及时受理投诉举报并将结果告知投诉举报人。对查实的重大违法违规行为应按相关规定执行并上报。

**第四十五条** 各地经办机构发现异地就医工伤职工有严重违规行为的，应暂停其直接结算，同时经自治区社保局逐级上报部级经办机构。

各地经办机构应协助参保地经办机构进行医疗票据核查等工作，保证费用的真实性，防范和打击伪造票据等骗取工伤保险基金行为。

**第四十六条** 各地经办机构定期组织以大额、高频次、备案期间就医地和参保地双向支出等为重点，实施费用稽核。自治区社保局适时组织各地经办机构通过巡查检查、交叉互查、第三方评审等方式，开展异地就医联审互查工作。自治区社保局负责向部级经办机构反馈，并协调处理因费用审核、资金拨付和违规处理等发生的争议及纠纷。

**第四十七条** 各地经办机构应加强跨省异地就医直接结算运行监控和费用审核，健全工伤保险基金运行风险评估预警机制，定期开展跨省异地就医直接结算运行分析。

# 第九章 附则

**第四十八条** 异地就医业务档案由参保地经办机构和就医地经办机构按其办理的业务分别保管。

**第四十九条** 各地经办机构应按照服务便民工作原则，做好政策宣传和就医指引，依托公共服务网站、经办服务大厅等网站公布办事指南，供工伤职工跨省异地就医时使用。

**第五十条**本规程自2024年4月1日起实施。

附件：1.工伤保险跨省异地就医（康复）直接结算备案表

　2.工伤保险跨省异地配置辅助器具直接结算备案表

　3.\_\_\_\_省（区、市）工伤保险跨省异地就医预付金付款

　通知书

　4.\_\_\_\_省（区、市）工伤保险跨省异地就医预付金收款

　通知书

　　　5.\_\_\_\_省（区、市）工伤保险跨省异地就医预付金额度

　　　调整付款通知书

　6.\_\_\_\_省（区、市）工伤保险跨省异地就医预付金额度

　调整收款通知书

　7.\_\_\_\_省（区、市）工伤保险跨省异地就医预付金额度

　紧急调增收款通知书

　8.\_\_\_\_省（区、市）工伤保险跨省异地就医预付金额度

　紧急调增付款通知书

　　　9.工伤保险费用结算表

9-1.工伤保险费用结算明细表（住院/康复）

9-2.工伤保险费用结算明细表（辅助器具配置）

10.全国工伤保险跨省异地就医费用清算表

11.\_\_\_\_省（区、市）工伤保险跨省异地就医应付费用清算表

11-1.\_\_\_\_\_省(区、市）工伤保险跨省异地就医支付明细表

11-2.\_\_\_\_\_省(区、市）工伤保险跨省异地就医基金审核

　　扣款明细表

12.\_\_\_\_省（区、市）工伤保险跨省异地就医应收费用清算表

13.工伤保险跨省异地就医费用清算表（应收/应付）

13-1.工伤保险跨省异地就医费用清算明细表（应收/应付）

（医疗/康复）

13-2.工伤保险跨省异地就医费用清算明细表（应收/应付）

（辅助器具配置）

14.工伤保险住院伙食补助费结算表

15.\_\_\_\_省（区、市）工伤保险跨省异地就医费用付款通知书

16.\_\_\_\_省（区、市）工伤保险跨省异地就医费用收款通知书

17.工伤保险跨省异地就医直接结算流程图（区外职工到

　区内就医）

18.工伤保险跨省异地就医直接结算流程图（区内职工到

　区外就医）

附件1

工伤保险跨省异地就医（康复）直接结算备案表

编号：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 工伤职工基本信息 | 姓名 |  | 性别 |  |
| 公民身份号码 |  | 受伤部位 |  |
| 认定工伤决定书文（编）号 |  | 联系电话 |  |
| 联系地址 |  | | |
| 备案信息 | 备案类别 | □新增 □变更 | | |
| 人员类别 | □异地长期居住就医人员 □异地长期居住康复人员  □常驻异地工作就医人员 □常驻异地工作康复人员  □异地转诊转院就医人员 □异地转诊转院康复人员 | | |
| 申请人  基本信息 | □本人 □工伤职工近亲属 | | 近亲属姓名 |  |
| 近亲属公民身份号码 |  | 联系方式 |  |
| 申请人：  （指印）  年 月 日 | | | |
| 就医地 | 省（自治区、直辖市） 市（县、区） | | | |
| 参保地  经办机构意见 | □同意 □不同意 （理由）  备案有效期： 年 月 日至 年 月 日  （经办机构盖章）  经办人： 年 月 日 | | | |

备注：1.本表一式二份，经办机构留存一份，申请人留存一份；

　　　2.本表供工伤职工及其近亲属申请备案使用，工伤职工近亲属申请的，另须提供其有效身份证件和与工伤职工的关系佐证材料，工伤职工委托他人申请的，另须提供授权委托书；

3.转诊转院工伤职工另须提供参保地规定的协议机构转诊转院意见；

　　　4.异地长期居住工伤职工，居住地为户籍所在地的另须提供户籍相关材料、居住地为非户籍所在地的须提供居住证、村（居）委会证明等长期居住佐证材料；

　　　5.常驻异地工作工伤职工，另须提供常驻异地工作的佐证材料（参保地工作单位派出证明、异地工作单位证明、劳动合同等）。

附件2

工伤保险跨省异地配置辅助器具直接结算备案表

编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 工伤职工基本信息 | 姓名 |  | | | | | 性别 | |  |
| 公民身份号码 |  | | | | | 受伤部位 | |  |
| 认定工伤决定书文（编）号 |  | | | | | 辅助器具配置结论书文（编）号 | |  |
| 配置费用核付通知单文（编）号 |  | | | | | 联系电话 | |  |
| 联系地址 |  | | | | | | | |
| 备案信息 | 备案类别 | | | □新增 □变更 | | | | | |
| 人员类别 | □异地长期居住人员□常驻异地工作人员□转诊转院人员 | | | | | | | |
| 申请人  基本信息 | □本人 □工伤职工近亲属 □用人单位 | | | | | | | | |
| 近亲属姓名 |  | | | | | 近亲属公民身份号码 | |  |
| 近亲属联系方式 |  | | | | | | | |
| 用人单位名称 |  | | | | | 用人单位统一社会信用代码 | |  |
| 用人单位联系人 | |  | | | | 用人单位联系方式 | |  |
| 申请人：（指印/章）  年 月 日 | | | | | | | | |
| 辅助器具基本信息 | 辅助器具名称 | | | |  | | | | |
| 最低使用年限 | | | |  | 最高支付限额 | |  | |
| 就医地 | 省（自治区、直辖市） 市（县、区） | | | | | | | | |
| 参保地  经办机构意见 | □同意 □不同意 （理由）  备案有效期： 年 月 日至 年 月 日  （经办机构盖章）  经办人： 年 月 日 | | | | | | | | |

备注：1.本表一式二份，经办机构留存一份，申请人留存一份；

　　　2.本表供工伤职工及其近亲属、用人单位申请备案使用，工伤职工近亲属申请的，另须提供其有效身份证明和与工伤职工的关系佐证材料，工伤职工委托他人申请的，另须提供授权委托书；

3.转诊转院工伤职工另须提供参保地规定的协议机构转诊转院意见；

　　　4.异地长期居住工伤职工，居住地为户籍所在地的另须提供户籍相关材料、居住地为非户籍所在地的须提供居住证、村（居）委会证明等长期居住佐证材料；

　　　5.常驻异地工作工伤职工，另须提供常驻异地工作的佐证材料（参保地工作单位派出证明、异地工作单位证明、劳动合同等）;

　　　6.需要配置多项辅助器具的，分别填写辅助器具名称、最低使用年限和最高支付限额。

附件3

\_\_\_\_省（区、市）工伤保险跨省异地就医

预付金付款通知书

（经办机构全称）：

请你单位将XXXX年工伤保险跨省异地就医预付金于签章日期起15个工作日内拨付给就医省。付款明细清单如下：

**工伤保险跨省异地就医预付金付款汇总表**

预付金年度：XXXX年

付款方：XX省 单位：万元

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **地 区** | **银行类别** | **银行账号** | **银行户名** | **银行行号** | **金 额** |
| 北 京 |  |  |  |  |  |
| 天 津 |  |  |  |  |  |
| 河 北 |  |  |  |  |  |
| 山 西 |  |  |  |  |  |
| 内蒙古 |  |  |  |  |  |
| 辽 宁 |  |  |  |  |  |
| 吉 林 |  |  |  |  |  |
| 黑龙江 |  |  |  |  |  |
| 上 海 |  |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  |  |
| 合 计 |  |  |  |  |  |

（落款：由出具单据的部门落款并加盖公章）

签章日期：XXXX年XX月XX日

附件4

\_\_\_\_省（区、市）工伤保险跨省异地就医预

付金收款通知书

（经办机构全称）：

你单位XXXX年工伤保险跨省异地就医预付金收款明细清单如下：

**工伤保险跨省异地就医预付金收款汇总表**

　预付金年度：XXXX年

　收款方：XX省 单位：万元

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **地 区** | **银行类别** | **银行账号** | **银行户名** | **银行行号** | **金 额** |
| 北 京 |  |  |  |  |  |
| 天 津 |  |  |  |  |  |
| 河 北 |  |  |  |  |  |
| 山 西 |  |  |  |  |  |
| 内蒙古 |  |  |  |  |  |
| 辽 宁 |  |  |  |  |  |
| 吉 林 |  |  |  |  |  |
| 黑龙江 |  |  |  |  |  |
| 上 海 |  |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  |  |
| 合 计 |  |  |  |  |  |

（落款：由出具单据的部门落款并加盖公章）

签章日期：XXXX年XX月XX日

附件5

\_\_\_\_省（区、市）工伤保险跨省异地就医预付金

额度调整付款通知书

（经办机构全称）：

请你单位将XXXX年工伤保险跨省异地就医预付金XXXX万元于XXXX年X月X日前拨付。付款明细清单如下：

**工伤保险跨省异地就医预付金付款汇总表**

预付金年度：XXXX年

付款方：XX省 单位：万元

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **地 区** | **上年额度** | **本年核定额度** | **实际划款额度** | **银行类别** | **银行账号** | **银行户名** | **银行行号** |
| **1** | **2** | **3=2-1** |
| 北 京 |  |  |  |  |  |  |  |
| 天 津 |  |  |  |  |  |  |  |
| 河 北 |  |  |  |  |  |  |  |
| 山 西 |  |  |  |  |  |  |  |
| 内蒙古 |  |  |  |  |  |  |  |
| 辽 宁 |  |  |  |  |  |  |  |
| 吉 林 |  |  |  |  |  |  |  |
| 黑龙江 |  |  |  |  |  |  |  |
| 上 海 |  |  |  |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  |  |  |  |
| 合 计 |  |  |  |  |  |  |  |

注：上年额度指部级经办机构核定的上年度预付金额（含紧急调整额度）

（落款：由出具单据的部门落款并加盖公章）

签章日期：XXXX年XX月XX日

附件6

\_\_\_\_省（区、市）工伤保险跨省异地就医预付金

额度调整收款通知书

（经办机构全称）：

你单位XXXX年工伤保险跨省异地就医预付金收款明细清单如下：

**工伤保险跨省异地就医预付金收款汇总表**

预付金年度：XXXX年

收款方：XX省 单位：万元

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **地 区** | **上年额度** | **本年核定额度** | **实际划款额度** | **银行类别** | **银行账号** | **银行户名** | **银行行号** |
| **1** | **2** | **3=2-1** |
| 北 京 |  |  |  |  |  |  |  |
| 天 津 |  |  |  |  |  |  |  |
| 河 北 |  |  |  |  |  |  |  |
| 山 西 |  |  |  |  |  |  |  |
| 内蒙古 |  |  |  |  |  |  |  |
| 辽 宁 |  |  |  |  |  |  |  |
| 吉 林 |  |  |  |  |  |  |  |
| 黑龙江 |  |  |  |  |  |  |  |
| 上 海 |  |  |  |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  |  |  |  |
| 合 计 |  |  |  |  |  |  |  |

（落款：由出具单据的部门落款并加盖公章）

签章日期：XXXX年XX月XX日

附件7

\_\_\_\_省（区、市）工伤保险跨省异地就医预付金额度

紧急调增收款通知书

（经办机构全称）：

根据你单位紧急调增申请，按照《人力资源社会保障部 财政部 国家卫生健康委关于开展工伤保险跨省异地就医直接结算试点工作的通知》（人社部发〔2024〕11号）文件规定，请你单位对XX省补充拨付预付金XXXX万元查收确认。付款账户信息如下。银行类别：中国农业银行，银行账号：111111111111111111，银行户名：1，银行行号：103100013119。

（落款：由出具单据的部门落款并加盖公章）

签章日期：XXXX年XX月XX日

附件8

\_\_\_\_省（区、市）工伤保险跨省异地就医预付金额度

紧急调增付款通知书

（经办机构全称）：

根据XX省的紧急调增申请，你省预付至XX省的工伤保险跨省异地就医预付金已使用XXXX万元，占预付金总额的XX%，达到红色预警。按照《人力资源社会保障部 财政部 国家卫生健康委关于开展工伤保险跨省异地就医直接结算试点工作的通知》（人社部发〔2024〕11号）文件规定，请你单位于XXXX年XX月XX日前，补充拨付预付金XXXX万元。收款账户信息如下。银行类别：中国农业银行，银行账号：111111111111111111，银行户名：1，银行行号：103100013119。

（落款：由出具单据的部门落款并加盖公章）

签章日期：XXXX年XX月XX日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件9  工伤保险费用结算表 | | | | | | | | |
| 协议机构名称： | | 结算机构名称： | | | 结算批次： | |  |  |
| 协议机构编码： | | 结算机构编码： | |  | 生成日期： | |  |  |
| **序号** | **参保地** | **就医类别** | **人次** | **费用总额** | **基金支付**  **总额** | **自付金额** | **扣款金额** | **基金结算**  **金额** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 | | |  |  |  |  |  |  |
| 受理： |  | 审核： | 决定： |  | 机构签章： | |  |  |

附件9-1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 工伤保险费用结算明细表（医疗/康复） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 协议机构名称： | | |  | | | 结算机构名称： | | | | | |  | |  | 结算批次： | | |  | | | |
| 协议机构编码： | | |  | | | 结算机构编码： | | | | | |  | |  | 生成日期： | | | 单位：元 | | | |
| **序号** | **参保地** | **姓名** | | **身份证**  **号码** | **就医**  **类别** | | **入院**  **日期** | | **出院**  **日期** | | **就医结算日期** | | **费用**  **总额** | | | **基金支付总额** | **自付**  **金额** | | **扣款**  **金额** | | **基金结算金额** | |
| 1 |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | | |  |  | |  | |  | |
| 2 |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | | |  |  | |  | |  | |
| 3 |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | | |  |  | |  | |  | |
| 4 |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | | |  |  | |  | |  | |
| 合计 | | | | | | | | | | | | |  | | |  |  | |  | |  | |
| 受理： | | | 审核： | | |  | |  | |  | | 决定： | |  |  | | |  | | 机构签章： | | | |  |

附件9-2

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 工伤保险费用结算明细表（辅助器具配置） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 协议机构名称： | |  | | 结算机构名称： | | |  | | | |  | 结算批次： | | | |  | |  | | |  | |  |
| 协议机构编码： | |  | | 结算机构编码： | | |  | | | |  | 生成日期： | | | |  | |  | | | 单位：元 | | |
| **序号** | **参保地** | | **姓名** | | **身份证号码** | **辅助器具名称** | | **配置**  **时间** | | **最低使用年限** | | | **最高支付限额** | | **费用总额** | | **基金支付总额** | | **自付**  **金额** | **扣款**  **金额** | | **基金结算金额** | |
| 1 |  | |  | |  |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  |  | |  | |
| 2 |  | |  | |  |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  |  | |  | |
| 3 |  | |  | |  |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  |  | |  | |
| 4 |  | |  | |  |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  |  | |  | |
| 合计 | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |  |  | |  | |
| 受理： |  |  | | 审核： | | |  | |  | |  | 决定: | |  | |  | 机构签章： | | | |  | |  |

附件10

全国工伤保险跨省异地就医费用清算表

制表单位：（部级经办机构签章） 清算所属季度：XX年XX季度 单位：元（保留两位小数）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **地 区** | | **付款省** | | | | | | | | | | |
| 北 京 | 天 津 | 河 北 | 山 西 | 内蒙古 | 辽 宁 | 吉 林 | 黑龙江 | 上 海 | …… | 合计 |
| **收款省** | 北 京 | —— |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 天 津 |  | —— |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 河 北 |  |  | —— |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 山 西 |  |  |  | —— |  |  |  |  |  |  |  |
| 内蒙古 |  |  |  |  | —— |  |  |  |  |  |  |
| 辽 宁 |  |  |  |  |  | —— |  |  |  |  |  |
| 吉 林 |  |  |  |  |  |  | —— |  |  |  |  |
| 黑龙江 |  |  |  |  |  |  |  | —— |  |  |  |
| 上 海 |  |  |  |  |  |  |  |  | —— |  |  |
| …… |  |  |  |  |  |  |  |  |  | —— |  |
| 合 计 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | —— |

单位负责人： 审核人： 制表人： 制表日期：

附件11

\_\_\_\_省（区、市）工伤保险跨省异地就医应付费用清算表

制表单位：（部级经办机构签章） 清算所属季度：XX年XX季度 单位：元（保留两位小数）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 地 区 | 合计 | 住院工伤医疗费用 | 住院工伤康复费用 | 辅助器具配置费用 |
| 北 京 |  |  |  |  |
| 天 津 |  |  |  |  |
| 河 北 |  |  |  |  |
| 山 西 |  |  |  |  |
| 内蒙古 |  |  |  |  |
| 辽 宁 |  |  |  |  |
| 吉 林 |  |  |  |  |
| 黑龙江 |  |  |  |  |
| 上 海 |  |  |  |  |
| .... |  |  |  |  |
| 合 计 |  |  |  |  |

单位负责人： 审核人： 制表人： 制表日期：

附件11-1

\_\_\_\_\_省(区、市）工伤保险跨省异地就医支付明细表

制表单位：（部级经办机构签章） 清算季度：XX年XX季度 单位：元（保留两位小数）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目  地区 | 合计 | 住院工伤医疗费用 | | 住院工伤康复费用 | | 辅助器具配置费用 | |
|  |  | 基金支付 | 非基金支付 | 基金支付 | 非基金支付 | 基金支付 | 非基金支付 |
| 北 京 |  |  |  |  |  |  |  |
| 天 津 |  |  |  |  |  |  |  |
| 河 北 |  |  |  |  |  |  |  |
| 山 西 |  |  |  |  |  |  |  |
| 内蒙古 |  |  |  |  |  |  |  |
| 辽 宁 |  |  |  |  |  |  |  |
| 吉 林 |  |  |  |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  |  |  |  |
| 合 计 |  |  |  |  |  |  |  |

附件11-2

\_\_\_\_\_省(区、市）工伤保险跨省异地就医基金审核扣款明细表

制表单位：（部级经办机构签章） 清算季度：XX年XX季度 单位：元（保留两位小数）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目  地区 | 合计 | 住院工伤医疗费用 | 住院工伤康复费用 | 辅助器具配置费用 |
| 北 京 |  |  |  |  |
| 天 津 |  |  |  |  |
| 河 北 |  |  |  |  |
| 山 西 |  |  |  |  |
| 内蒙古 |  |  |  |  |
| 辽 宁 |  |  |  |  |
| 吉 林 |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  |
| 合 计 |  |  |  |  |

附件12

\_\_\_\_\_省(区、市）工伤保险跨省异地就医应收费用清算表

制表单位：（部级经办机构签章） 清算所属季度：XX年XX季度 单位：元（保留两位小数）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 地 区 | 合计 | 住院工伤医疗费用 | 住院工伤康复费用 | 辅助器具配置费用 |
| 北 京 |  |  |  |  |
| 天 津 |  |  |  |  |
| 河 北 |  |  |  |  |
| 山 西 |  |  |  |  |
| 内蒙古 |  |  |  |  |
| 辽 宁 |  |  |  |  |
| 黑龙江 |  |  |  |  |
| .... |  |  |  |  |
| 合 计 |  |  |  |  |

单位负责人： 审核人： 制表人： 制表日期：

附件13

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 工伤保险跨省异地就医费用清算表（应收/应付） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 制表单位： | | | | | | | 清算所属季度： | | | |  | |  | | | | 单位：元 | | | | |
| **序号** | **协议机构名称** | | **参保地** | | **就医地** | | **结算批次** | | **就医类别** | | **人次** | | | **费用**  **总额** | **基金支付总额** | **自付**  **金额** | | | **扣款**  **金额** | | **基金结算金额** |
| 1 |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  |  |  | | |  | |  |
| 2 |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  |  |  | | |  | |  |
| 3 |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  |  |  | | |  | |  |
| 4 |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  |  |  | | |  | |  |
| 合计 | | | | | | | | | | |  | | |  |  |  | | |  | |  |
| 受理： | |  | |  | | 审核： | |  | |  | | 决定: | | |  | | | 制表日期： | |  | |
|  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | | | | | | | |

附件13-1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 工伤保险跨省异地就医费用清算明细表（应收/应付）(医疗/康复) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 制表单位： | | | | | | |  | | | |  | | 清算所属季度： | | |  | | | |  | | 单位：元 | | | |  |
| **序号** | **协议机构名称** | **参保地** | | **就医地** | | **结算**  **批次** | | **姓名** | | **身份证号码** | | **就医**  **类别** | | **入院**  **日期** | **出院**  **日期** | | **费用**  **总额** | | **基金支付总额** | | **自付**  **金额** | | **扣款**  **金额** | | **基金结算金额** | |
| 1 |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 2 |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 3 |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 4 |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 合计 | | | | | | | | | | | | | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 受理： |  | |  | |  | | 审核： | |  | |  | |  | 决定: | |  | |  | | 制表日期： | | | |  | |  |

附件13-2

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 工伤保险跨省异地就医费用清算明细表（应收/应付）（辅助器具配置） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 制表单位： | | |  | |  | |  | | | |  | | 清算所属季度： | | | |  | |  | | |  | | 单位：元 | |  |
| **序号** | **协议机构名称** | **参保地** | | **就医地** | | **姓名** | | **身份证号** | | **辅助器具名称** | | **配置**  **时间** | | **最低使用年限** | | **最高支付限额** | | **费用总额** | | **基金支付总额** | **自付**  **金额** | | **扣款金额** | | **基金结算金额** | |
| 1 |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |
| 2 |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |
| 3 |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |
| 4 |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |
| 合计 | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |  | |  | |  | |
| 受理： |  | |  | | 审核： | |  | |  | |  | | 决定: | |  | |  | 制表日期： | | | |  | |  | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件14  工伤保险住院伙食补助费结算表 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 参保地机构名称： | |  | |  | |  | |  | | 结算批次： | | | |  | |  | |  | |  | |  |
| 参保地机构编码： | |  | |  | |  | |  | | 生成日期： | | | |  | |  | |  | | 单位：元 | |  |
| **序号** | **姓名** | | **身份证号码** | | **协议机构名称** | | **就医地** | | **开户银行** | | **银行**  **账号** | | **住院号** | | **入院**  **日期** | | **出院**  **日期** | | **住院天数** | | **费用**  **标准** | **伙食补助费**  **用** |
| 1 |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |
| 2 |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |
| 3 |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |
| 4 |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |
| 合计 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 受理： |  |  | | 审核： | |  | |  | |  | | 决定: | |  | |  | | 机构签章： | |  | |  |

附件15

\_\_\_\_省（区、市）工伤保险跨省异地就医费用

付款通知书

（经办机构全称）：

请你单位将XXXX年XX季度工伤保险跨省异地就医费用及时拨付给就医省。付款明细清单如下：

**跨省异地就医费用付款汇总表**

清算所属季度：XXXX年XX季度

付款方：XX省 （区、市） 单位：元（保留两位小数）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **地 区** | **银行类别** | **银行账号** | **银行户名** | **银行行号** | **金额** |
| 北 京 |  |  |  |  |  |
| 天 津 |  |  |  |  |  |
| 河 北 |  |  |  |  |  |
| 山 西 |  |  |  |  |  |
| 内蒙古 |  |  |  |  |  |
| 辽 宁 |  |  |  |  |  |
| 吉 林 |  |  |  |  |  |
| 黑龙江 |  |  |  |  |  |
| 上 海 |  |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  |  |
| 合 计 |  | 退款合计 | XXXX | 合计  （不含退款） | XXXX |

明细见：

附件11\_\_省(区、市）工伤保险跨省异地就医应付费用清算表；

附件11-1\_\_\_\_\_省(区、市）工伤保险跨省异地就医支付明细表；

附件11-2\_\_\_\_\_省(区、市）工伤保险跨省异地就医基金审核扣款明细表；

（落款：由出具单据的部门落款并加盖公章）

签章日期：XXXX年XX月XX日

附件16

\_\_\_\_省（区、市）工伤保险跨省异地就医费用

收款通知书

（经办机构全称）：

你单位XXXX年XX季度工伤保险跨省异地就医费用收款明细清单如下：

**工伤保险跨省异地就医费用收款汇总表**

清算所属月份：XXXX年XX季度

收款方：XX省（区、市） 单位：元（保留两位小数）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **地 区** | **银行类别** | **银行账号** | **银行户名** | **银行行号** | **金额** |
| 北 京 |  |  |  |  |  |
| 天 津 |  |  |  |  |  |
| 河 北 |  |  |  |  |  |
| 山 西 |  |  |  |  |  |
| 内蒙古 |  |  |  |  |  |
| 辽 宁 |  |  |  |  |  |
| 吉 林 |  |  |  |  |  |
| 黑龙江 |  |  |  |  |  |
| 上 海 |  |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  |  |
| 合 计 |  | 退款合计 | XXXX | 合计  （不含退款） | XXXX |

明细见：附件12\_省(区、市）工伤保险跨省异地就医应收费用清算表

（落款：由出具单据的部门落款并加盖公章）

签章日期：XXXX年XX月XX日

附件17

工伤保险跨省异地就医直接结算流程图（区外工伤职工到区内就医）

区外工伤职工

（参保省）

跨省直接结算

协议机构

就医地社保中心

人社部社保中心

（清分、清算）

自治区社保局

（清算）

1.备案后就医

2.上传费用

3.审核费用

10.确认清算信息

12.付款通知

9.接收清算信息

分市县生成清算信息

14.划拨费用

自治区内（就医省）

8.上传结算信息

11.确认清算信息

12.收款通知

4.结算申请

7.结算费用

自治区财政厅

（收、付款）

13.通知收款

15.划拨费用

6.划拨费用

5.申请预付金用于结算

附件18

工伤保险跨省异地就医直接结算流程图（区内工伤职工到区外就医）

其它省

（就医省）

工伤职工

参保地社保中心

人社部社保中心

（清分、清算）

自治区社保局

（清算）

自治区内（参保省）

3.跨省异地就医

7.确认清算信息

6.确认清算信息

1.向参保地备案

2.备案审核

5. 接收清算信息

分市县生成清算信息

8.付款通知

8.收款通知

4.上传结算信息

10.划拨费用

自治区财政厅

（收、付款）

9.通知付款