附件2

基本医疗保险跨省异地就医备案个人承诺书

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 联系电话 |  | |
| 身份证件号码 |  | | 参保地 |  | 就医地 |  |
| 人员类别 | □异地安置退休人员  □异地长期居住人员  □常驻异地工作人员  □异地转诊就医人员  □其他跨省临时外出就医人员 | | | | | |
| 参保地跨省异地就医备案告知书：办理异地安置、长期居住、长驻异地工作人员备案手续的，在6个月内不允许终止和变更就医地。参保人员以承诺方式办理异地长期居住备案的，6个月内确需回参保地就医的，在办理出院手续前无法补齐相关备案材料的，个人先自付符合医保政策范围内费用的20%，再按省直相关待遇政策直接结算。异地转诊人员备案后跨省异地结算时，个人先自付符合医保政策范围内费用的5%，再按省直相关待遇政策直接结算；跨省异地自行外出就医人员备案后，个人先自付符合医保政策范围内费用的20%，再按省直相关待遇政策直接结算（异地转诊和临时备案有效期为6个月）。 | | | | | | |
| **承诺事项：**  本人申请办理跨省异地就医备案业务，已阅读并知晓《备案告知书》所述内容，同意遵守相关规定。因个人原因无法提供异地就医备案相关证明材料，本人保证符合此业务办理条件，所述信息真实、准确、完整、有效，愿意接受信息共享查询核验，由此产生的一切经济损失和法律责任均由本人承担。  承诺人（签名、指印）：    年 月 日 | | | | | | |
| 说明 | 本表由参保人员填写，由医保经办部门存档，两年内不得销毁。 | | | | | |