

昆明市医疗保障局文件

昆医保通〔2024〕24号

昆明市医疗保障局关于 印发昆明市医疗保障政务服务证明事项 告知承诺制工作规范的通知

各县（市）区医保局，阳宗海风景区人力资源社会保障局，经开区医疗保险管理局，磨憨一磨丁合作区社会事务管理局，市医保中心：

为深入推进医保领域“放管服”改革，结合《社会保险经办条例》（国务院令第765号）、《云南省人民政府办公厅关于印发云南省全面推行证明事项告知承诺制实施方案的通知》（云政办发〔2021〕2号）及《云南省医疗保障局办公室关于印发〈云南省医疗保障证明事项告知承诺制工作规范〉的通知》（云医保办〔2023〕

44号)要求,现将《昆明市医疗保障政务服务事项容缺受理及证明事项告知承诺制工作规范》印发你们,请结合工作实际,认真贯彻执行。



(此件公开发布)

昆明市医疗保障政务服务证明事项 告知承诺制工作规范

为进一步深化“放管服”改革,全力推进“减证便民”行动,提高医保服务质效,认真贯彻落实云南省全面深化推进容缺受理、告知承诺制有关要求,参照《云南省医疗保障局办公室关于印发〈云南省医疗保障证明事项告知承诺制工作规范〉的通知》(云医保办〔2023〕44号),结合昆明市医疗保障工作实际,制定本规范。

一、实行告知承诺制的证明事项范围

- (一)基本医疗保险异地就医登记备案。
- (二)配偶未就业生育医疗费用报销。
- (三)无第三方责任外伤就医医疗费用报销。
- (四)参保人员个人账户一次性支取。

二、告知承诺书内容

(一)书面告知的内容包括政务服务事项名称、证明事项(证明材料)内容、证明事项设定依据、告知承诺适用对象、承诺方式、承诺效力、不实承诺责任等。

(二)书面承诺的内容包括申请人承诺的内容,不适用告知承诺制的情形,申请人已经知晓医保经办机构告知承诺制的全部内容,并对承诺内容的真实性、准确性负责,所作承诺为申请人的真实意思表述,愿意承担不实承诺、违反承诺所产生的一切法律后果。

三、告知承诺方式

（一）告知方式

一是通过云南省医疗保障局网站（<http://ylbz.yn.gov.cn>）、云南省“一部手机办事通”手机APP、云南省医保公共服务网上服务大厅、微信或支付宝小程序“云南医保”等线上渠道向申请人展示实行承诺制的证明事项告知承诺书格式文本，将告知内容一次性告知申请人，方便申请人下载。二是通过线下渠道办理相关业务的，定点医疗机构或医保经办机构向申请人提供实行承诺制的证明事项告知承诺书，将告知内容一次性告知申请人。

（二）承诺方式

申请人知晓告知承诺内容，愿意作出承诺的，线上办理时以阅读用户须知或《证明事项告知承诺书》的方式确认个人承诺内容，线下办理的书面签字确认个人承诺内容。

四、工作流程

（一）定点医疗机构现场办理。申请人在定点医疗机构提供的《无第三方责任外伤承诺书》上填写外伤经过并书面承诺并签字确认，交定点医疗机构留存，相关医疗费用直接联网结算。

（二）经办机构窗口现场办理。申请人在医保经办机构服务大厅提供的《基本医疗保险异地就医备案个人承诺书》《配偶未就业承诺书》《无第三方责任外伤承诺书》《职工基本医疗保险个人账户一次性支取承诺书》上书面承诺并签字确认，连同其他申请材料一并提交经办服务窗口办理。

（三）在线办理。办理基本医疗保险异地就医备案登记，配偶未就业生育医疗费用报销，无第三方责任外伤就医医疗费用报销，职工基本医疗保险个人账户一次性支取，申请人通过云南省“一部手机办事通”手机 APP、云南省医保公共服务网上服务大厅、微信或支付宝小程序“云南医保”等进入告知承诺制办理事项，申请人作出承诺后，所承诺部分会以系统自动生成的版式文件连同其他申报信息材料传至系统。申请人电子签名后，系统将自动生成带电子签名的版式文件留档备查。

（四）信息校验。申请人有较严重的不良信用记录或者存在曾作出不实承诺等情形的，在信用修复前不适用告知承诺制。

五、有关工作要求

（一）申请人不愿承诺或无法承诺的，应当提交有效的证明材料。

（二）各县(市)、区医疗保障局要通知定点医疗机构，参保人无第三方责任外伤就医，提交交通事故认定书、法院判决书、调解协议书等公检法部门出具的相关证明材料认定无第三方责任或参保人承诺无第三方责任的，定点医疗机构要为参保人办理医疗费用联网直接结算。

（三）各相关单位应当根据国家和省里要求，完善办事指南和告知承诺书格式文本，并向社会公布，接受社会监督。坚持传统服务方式与智能化服务创新并行，畅通直系亲属为老年人代办的线上线下渠道。

（四）各相关单位要贯彻放管结合要求，有效监督承诺履行情况。综合运用“双随机、一公开”监管、重点监管、“互联网+监管”等方案做好日常监管。将承诺人的信用状况作为确定核查方式的重要因素，加强信用监管，依法实施失信惩戒。

- 附件：
1. 基本医疗保险参保人员异地就医备案证明告知承诺书
 2. 基本医疗保险参保人员异地就医备案个人承诺书
 3. 配偶未就业证明告知承诺书
 4. 配偶未就业承诺书
 5. 无第三方责任外伤就医医疗费用报销证明告知承诺书
 6. 无第三方责任外伤承诺书
 7. 职工基本医疗保险个人账户一次性支取证明告知承诺书
 8. 职工基本医疗保险个人账户一次性支取承诺书

附件 1

基本医疗保险异地就医备案证明告知承诺书

一、申请人基本信息

姓名（名称）：_____

联系方式：_____

证件类型：_____

证件编号：_____

二、经办机构告知

（一）政务服务事项名称

基本医疗保险异地就医登记备案。

（二）证明事项（证明材料）内容

异地安置认定材料，异地长期居住认定材料，异地工作证明材料，具有转诊资质的定点医疗机构开具的转诊转院证明材料。

（三）证明事项设定依据

《国家医疗保障局关于印发全国医疗保障经办政务服务事项清单的通知》（医保发〔2020〕18号）、《国家医疗保障局办公室关于印发医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》（医保办函〔2021〕7号）规定，异地安置退休人员备案所需材料异地安置认定材料，异地长期居住人员备案所需材料异地长期居住认定材料，常驻异地工作人员备案所需材料异地工作证明材料，转诊转院人员备案所需材料具有转诊资质的定点医疗机构开具的转诊转院证明材料。

（四）告知承诺适用对象

本证明事项申请人可自主选择是否采用告知承诺替代证明，申请人不愿承诺或无法承诺的，应当提交规定的证明材料。

（五）承诺方式

本证明事项采用书面承诺方式，申请人愿意作出承诺的，应当向经办机构提交本人签字后的告知承诺书原件。

本证明事项必须由申请人作出承诺，不可代为承诺。

（六）承诺效力

申请人书面承诺具备与证明材料同等效力。

（七）不实承诺责任

对执意隐瞒真实情况、提供虚假承诺办理有关事项的，依法依规处理。

三、申请人承诺

申请人现承诺持有以下符合要求和有关规定的材料（在□里勾选）：

☐异地安置认定材料 ☐异地长期居住认定材料

☐异地工作证明材料

☐具有转诊资质的定点医疗机构开具的转诊转院证明材料

本人已认真阅知并准确理解医保经办机构告知的全部内容，并对承诺内容的真实性、准确性负责。

以上所作承诺均为申请人的真实意思表示，申请人愿意承担由于本人不实承诺、违反承诺所产生的一切法律后果。

承诺人（签名）：

年 月 日

附件 2

基本医疗保险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 ☐ 异地长期居住人员 ☐ 常驻异地工作人员 ☐ 临时外出就医人员 ☐ 异地转诊就医人员 ☐ 其他跨省临时外出就医人员					
参保地异地就医备案告知书						
承诺事项： 本人申请办理异地就医备案业务，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，由医保经办机构存档。					

附件 3

配偶未就业证明告知承诺书

一、申请人基本信息

姓名（名称）：_____

联系方式：_____

证件类型：_____

证件编号：_____

二、经办机构告知

（一）政务服务事项名称

生育医疗费用报销。

（二）证明事项（证明材料）内容

配偶未就业证明。

（三）证明事项设定依据

《云南省人民政府关于印发云南省职工生育保险办法的通知》（云政办发〔2011〕121号）第二十五条规定“参保男职工申领待遇的，同时提供结婚证和配偶未就业证明”。

（四）告知承诺适用对象

本证明事项申请人可自主选择是否采用告知承诺替代证明，申请人不愿承诺或无法承诺的，应当提交规定的证明材料。

（五）承诺方式

本证明事项采用书面承诺方式，申请人愿意作出承诺的，应

应当向经办机构提交本人签字后的告知承诺书原件。

本证明事项必须由申请人作出承诺，不可代为承诺。

（六）承诺效力

申请人书面承诺具备与证明材料同等效力。

（七）不实承诺责任

对执意隐瞒真实情况、提供虚假承诺办理有关事项的，依法依规处理。

三、申请人承诺

申请人现承诺持有以下符合要求和有关规定的材料（在□里勾选）：

☐ 配偶未就业证明

本人已认真阅知并准确理解医保经办机构告知的全部内容，并对承诺内容的真实性、准确性负责。

以上所作承诺均为申请人的真实意思表示，申请人愿意承担由于本人不实承诺、违反承诺所产生的一切法律后果。

承诺人（签名）：

年 月 日

附件 4

配偶未就业承诺书

本人姓名：_____，身份证号码：_____，单位名称：_____；配偶姓名：_____，配偶身份证号码：_____，生育日期：_____。

本人承诺配偶在怀孕至生育期间确属未就业人员，申报享受男职工配偶未就业生育医疗费用报销待遇。以上情况属实，如有虚假，愿承担相关法律责任。

特此承诺。

承诺人（签名）：

年 月 日

附件 5

无第三方责任外伤就医医疗费用报销 证明告知承诺书

一、申请人基本信息

姓名（名称）：_____

联系方式：_____

证件类型：_____

证件编号：_____

二、经办机构告知

（一）政务服务事项名称

无第三方责任外伤门诊费用报销、无第三方责任外伤住院费用报销。

（二）证明事项（证明材料）内容

交通事故认定书、法院判决书、调解协议书等公检法部门出具的相关证明材料。

（三）证明事项设定依据

根据《国家医疗保障局关于印发全国医疗保障经办政务服务事项清单的通知》（医保发〔2020〕18号）、《国家医疗保障局办公室关于印发医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》（医保办函〔2021〕7号）规定，意外伤害就医的应提供交通事故认定书、法院判决书、调解协议书等公检法部门出具的相关证明材料复印件一份，无法提供的填写个人承诺书。

（四）告知承诺适用对象

本证明事项申请人可自主选择是否采用告知承诺替代证明，申请人不愿承诺或无法承诺的，应当提交规定的证明材料。

（五）承诺方式

本证明事项采用书面承诺方式，申请人愿意作出承诺的，应当向经办机构提交本人签字后的告知承诺书原件。

本证明事项必须由申请人作出承诺，不可代为承诺。

（六）承诺效力

申请人书面承诺具备与证明材料同等效力。

（七）不实承诺责任

对执意隐瞒真实情况、提供虚假承诺办理有关事项的，依法依规处理。

三、申请人承诺

申请人现承诺持有以下符合要求和有关规定的材料（在□里勾选）：

☐交通事故认定书、法院判决书、调解协议书等公检法部门出具的相关证明材料

本人已认真阅知并准确理解医保经办机构告知的全部内容，并对承诺内容的真实性、准确性负责。

以上所作承诺均为申请人的真实意思表示，申请人愿意承担由于本人不实承诺、违反承诺所产生的一切法律后果。

承诺人（签名）：

年 月 日

附件 6

无第三方责任外伤承诺书

承诺人		联系电话	
证件类型		证件号码	
申请事项	外伤无他方责任		

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人(方)责任或工伤责任无关, 如与第三人(方)责任或工伤责任有关, 则已享受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, 个人承诺由承诺人本人手写签名。

承诺人(签名):

日期: 年 月 日

附件 7

职工基本医疗保险个人账户一次性支取 证明告知承诺书

一、申请人基本信息

姓名（名称）：_____

联系方式：_____

证件类型：_____

证件编号：_____

二、经办机构告知

（一）政务服务事项名称

职工基本医疗保险个人账户一次性支取。

（二）证明事项（证明材料）内容

代办人已取得被继承人的全部继承人授权办理被继承人职工基本医疗保险个人账户一次性支取的证明材料。

（三）证明事项设定依据

《国家医疗保障局关于印发全国医疗保障经办政务服务事项清单的通知》（医保发〔2020〕18号）、《国家医疗保障局办公室关于印发医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》（医保办函〔2021〕7号）规定，因死亡支取的提供继承人身份证、银行卡账户信息，通过数据共享无法查询死亡信息的应提供个人承诺书；主动放弃参加职工基本医疗保险的，需提供主动放弃基本医疗保险关系的情况说明。

（四）告知承诺适用对象

本证明事项申请人可自主选择是否采用告知承诺替代证明，申请人不愿承诺或无法承诺的，应当提交规定的证明材料。

（五）承诺方式

本证明事项采用书面承诺方式，申请人愿意作出承诺的，应当向经办机构提交本人签字后的告知承诺书原件。

本证明事项必须由申请人作出承诺，不可代为承诺。

（六）承诺效力

申请人书面承诺具备与证明材料同等效力。

（七）不实承诺责任

对执意隐瞒真实情况、提供虚假承诺办理有关事项的，依法依规处理。

三、申请人承诺

申请人现承诺持有以下符合要求和有关规定的材料（在□里勾选）：

☐ 代办人已取得被继承人的全部继承人授权办理被继承人职工基本医疗保险个人账户一次性支取的证明材料。

本人已认真阅知并准确理解医保经办机构告知的全部内容，并对承诺内容的真实性、准确性负责。

以上所作承诺均为申请人的真实意思表示，申请人愿意承担由于本人不实承诺、违反承诺所产生的一切法律后果。

承诺人（签名）：

年 月 日

附件 8

职工基本医疗保险个人账户一次性支取 承诺书

姓名、身份证号(账户本人)_____ (下述简称被继承人) 因死亡 申请个人账户一次性支取, 由姓名、身份证号(自动带出代办人信息)_____ 代表全部继承人办理支取业务, 个人账户支取汇入代办人下列银行账户:

开户行: _____

银行户名: _____

银行账号: _____

现代办人承诺已取得被继承人的全部继承人授权办理上述业务, 如因代办人虚假承诺, 由此产生的法律纠纷由代办人自行负责。
特此承诺。

承诺人(签名):

年 月 日

