

# 四川省医疗保险管理局文件

川医险办〔2017〕20号

## 四川省医疗保险管理局 关于规范跨省异地就医住院结算单和异地就医 外伤入院登记表的通知

各市（州）医保局：

根据人社部《关于做好基本医疗保险跨省异地就医住院医疗费用直接结算工作的通知》（人社部发〔2016〕120号）和省医保局印发的《四川省医疗保险异地就医管理经办规程》（川医险办〔2014〕33号）等文件相关规定，为进一步优化异地就医服务流程，现就规范跨省异地就医住院结算单（以下简称“跨省结算单”）和省内异地就医外伤入院登记表（以下简称“外伤入院登记表”）有关事项通知如下：

### 一、统一跨省住院结算单

根据国家跨省异地就医结算系统要求，跨省异地就医应使用国家统一样式的住院结算单。外省参保人员在我省住院结算时，

异地联网结算医院应按照附件 1 的样式提供结算单。各地应按照《四川省医疗保险异地就医数据交换标准及接口规范(V2.2)》(附件 2) 的标准进行适应性整改。

省内异地和点对点跨省异地就医住院结算继续沿用《四川省医疗保险异地就医出院结算单》。

## 二、规范外伤入院登记表

为优化省内异地外伤病人入院流程，根据异地就医省级平台运行情况，在总结各地做法的基础上，制定了《四川省省内异地就医外伤入院登记表》(附件 3)，以进一步规范外伤医保管理。

异地外伤病人入院时，应由本人或其家属(含相关人员)如实填写《四川省省内异地就医外伤入院登记表》。接诊医疗机构应在入院 3 日内将该登记表，连同病历首页、相关检查报告等资料传至参保地经办机构，参保地经办机构按照本地规定确认属于支付范围的进行外伤登记备案，纳入异地就医联网结算。接诊医疗机构应当做好外伤入院就诊类别的标识，确保参保人员异地就医即时结算准确。

## 三、工作要求

统一的跨省异地就医住院结算单和外伤入院登记表从 2017 年 7 月 1 日起执行。各市(州)要高度重视，加强本地系统和联网医院 HIS 系统的整改，及时将跨省住院结算单和外伤入院登记表下发各异地就医联网结算医院；要进一步落实就医地监管的职责，加强对异地联网医院的管理，规范医院服务流程；要加大异地就医相关政策的宣传力度，正确引导省内异地外伤人员和跨省

异地就医人员住院就医。

本通知电子版和《四川省医疗保险异地就医数据交换标准及接口规范（V2.2）》完整电子档请通过异地就医省级平台下载。

- 附件：1. 四川省跨省异地就医住院结算单  
2. 四川省医疗保险异地就医数据交换标准及接口规范（V2.2）  
3. 四川省省内异地就医外伤入院登记表



## 四川省跨省异地就医住院结算单

单位：元

结算号：

患者姓名：	性别：	年龄：	社会保障号码：	社会保障卡卡号：
参保地：	险种类型：			
就医地：	医院名称：	医院等级：		
入院方式：	住院号：	出院科室：		
主要诊断：	次要诊断：			
入院日期：	出院日期：	共 天		
总费用：	统筹内费用：	自费费用：	本次起付标准：	
基金支付合计	基金支付金额			
#参保地基金 1				
#参保地基金 2				
#参保地基金 3				
#参保地基金 4				
#参保地基金 5				
#参保地基金 6				
#参保地基金 7				
#参保地基金 8				
.....				

个人现金支付

注：参保地基金按照参保地返回的基金款项名称打印。

此结算单统筹内费用包含起付线。

## 附件 2

# 四川省医疗保险异地就医数据交换 标准及接口规范（V2.2）

根据我省异地就医业务发展需求及国家跨省异地就医相关数据标准，现已完成对我省原有异地就医数据交换标准及接口规范修改，并形成 2.2 版标准。各地应按新版本要求认真完成本地相关接口整改，在联系省局完成相关测试后再上线运行，以确保系统及数据安全。

新版本完整电子档请通过异地就医省级平台下载。新版本主要修改内容如下：

2017 年 6 月 2.2 版修改内容（在 2017 年 03 月发布的 2.1 版基础上做的修改）：

1、门诊模拟结算(ydmz01)、门诊结算(ydmz02)、住院费用明细上传(ydzy08)、住院费用明细删除(ydzy09)中的 bke019 明细序号，长度更改为 30 位。

2、新增交易 cx06，用于查询跨省结算单打印数据。跨省结算单打印格式见接口完整电子档。

3、卡鉴权交易新增节点 zdbm 机具编码和卡内部认证 keyword 中新增读卡器编码。此接口根据厅信息中心针对 3.0 的卡下发的《四川省社会保障卡管理信息系统接口规范》进行更改，需市州对本地读卡 DLL 进行改造。

4、冲正交易中医院编号 akb020 和 akb021 可以为空。

## 四川省省内异地就医外伤入院登记表

患者姓名		性 别		年 龄		联系电话	
家庭住址或 工作单位			社会保障号			住院号	
入院时间			入院诊断				
就医医院			医保关系所在地 (区、县)				
外伤发生的时间、地点、原因							
陈述人：                    与患者关系：                    填表人：                    患者签名（手印）：							
对下列事项进行确认（在“是”或“否”对应的括号内划√）							
一、是否有责任方				是（  ） 否（  ）			
二、是否对赔偿事宜进行协商				是（  ） 否（  ）			
三、是否得到相应赔偿				是（  ） 否（  ）			
四、是否在工作时间发生外伤				是（  ） 否（  ）			
五、是否在工作场所发生外伤				是（  ） 否（  ）			
六、是否因工作原因受到伤害				是（  ） 否（  ）			
现承诺：此表填写内容完全属实，如有虚假陈述或弄虚作假行为，本人愿意退还医疗保险拨付款项以及承担由此产生的一切法律责任和后果。如需询问或调查相关情况或提供证明材料，本人愿意积极配合。（由承诺人抄写一遍）							
承诺人(手印)：		与患者关系：			日期：		
患者社会保障卡、身份证复印件粘贴栏							
陈述人、承诺人身份证复印件粘贴栏							

## 备注：

1. 此表应逐一、认真填写，必须实事求是，不得编造、隐瞒；此表由就诊医疗机构提供，原件交就医地医保经办机构保存，扫描件或传真件由参保地经办机构留存备查；
2. 由就医科室提供病历首页、相关检查报告资料，如有120接诊记录，提供120接诊记录表，同此表一起扫描或传真至参保地医保经办机构登记；
3. 陈旧性外伤入院所发生的医疗费用需报销时，须提供首次入院记录和出院结算单，无法提供报销凭据的，其医疗费用不纳入联网即时结算；
4. 承诺人必须具有民事行为能力。如陈述人、承诺人非患者本人，须提供其身份证复印件及联系电话，并注明与患者关系；
5. 如填写内容超出表格，增加附页填写。