附件1

广东省工伤保险异地就医（康复）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（二级及以上机构）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.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按照国家和省的有关规定执行。

附件2

广东省工伤保险异地配置辅助器具备案表

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 |  | 用人单位社会统一信用代码 |  |
| 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

# 全国工伤保险跨省异地就医预付金额度调整明细表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **制表单位：（部级经办机构签章）** |  |  |  | **年度：** | **XXXX年** |  |  |  | **单位：万元** |
| **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6

 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2月28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7

 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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | 　 |  |  |  |  |  |  |

收款方：XX省 单位：万元

（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

 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 |  |  |  |  |
| 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13

广东省工伤保险跨省异地就医应付费用清算表（省内清分）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** |
| 广州市 |  |  |  |  |
| 深圳市 |  |  |  |  |
| 珠海市 |  |  |  |  |
| 汕头市 |  |  |  |  |
| 佛山市 |  |  |  |  |
| 韶关市 |  |  |  |  |
| 河源市 |  |  |  |  |
| 梅州市 |  |  |  |  |
| 惠州市 |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  |
| 合 计 |  |  |  |  |

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

 单位负责人： 审核人： 制表人： 制表日期：

附件13-1

广东省工伤保险跨省异地就医支付明细表（省内清分）

 **制表单位：（省级经办机构签章） 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** |
| 广州市 |  |  |  |  |  |  |  |
| 深圳市 |  |  |  |  |  |  |  |
| 珠海市 |  |  |  |  |  |  |  |
| 汕头市 |  |  |  |  |  |  |  |
| 佛山市 |  |  |  |  |  |  |  |
| 韶关市 |  |  |  |  |  |  |  |
| 河源市 |  |  |  |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  |  |  |  |
| 合 计 |  |  |  |  |  |  |  |

附件13-2

广东省工伤保险跨省异地就医基金审核扣款明细表（省内清分）

 **制表单位：（省级经办机构签章） 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** |
| 广州市 |  |  |  |  |
| 深圳市 |  |  |  |  |
| 珠海市 |  |  |  |  |
| 汕头市 |  |  |  |  |
| 佛山市 |  |  |  |  |
| 韶关市 |  |  |  |  |
| 河源市 |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  |
| 合 计 |  |  |  |  |

附件14

广东省工伤保险跨省异地就医应收费用清算表（省内清分）

 **制表单位：（省级经办机构签章） 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** |
| 广州市 |  |  |  |  |
| 深圳市 |  |  |  |  |
| 珠海市 |  |  |  |  |
| 汕头市 |  |  |  |  |
| 佛山市 |  |  |  |  |
| 韶关市 |  |  |  |  |
| 河源市 |  |  |  |  |
| 梅州市 |  |  |  |  |
| 惠州市 |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  |
| 合 计 |  |  |  |  |

 单位负责人： 审核人： 制表人： 制表日期：

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