# 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 | （省份） 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 | （省份） 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

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\_\_\_\_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：

付款方： 单位：万元

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 地 区 | 银行名称 | 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： 年 月 日

附件4

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\_\_\_\_\_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：

收款方： 单位：万元

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 地 区 | 银行名称 | 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： 年 月 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： |  | |  |  |  | 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | —— |
|  | | | | | | | | | | | | |

附件6

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\_\_\_\_年工伤保险跨省异地就医预付金\_\_\_\_万元于\_\_\_\_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：

付款方： 单位：万元

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 地 区 | 上年额度 | 本年核定额度 | 实际划款额度 | 银行名称 | 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（含紧急调增额度）

（落款：由出具单据的部门落款并加盖公章）

签章日期： 年 月 日

附件7

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\_\_\_\_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：

收款方： 单位：万元

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 地 区 | 上年额度 | 本年核定额度 | 实际划款额度 | 银行名称 | 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（含紧急调增额度）

（落款：由出具单据的部门落款并加盖公章）

签章日期： 年 月 日

附件8

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\_\_\_\_\_（省份）的紧急调增申请，你省份预付至\_\_\_\_（省份）的工伤保险跨省异地就医预付金已使用\_\_\_\_万元，占预付金总额的\_\_%，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全面开展工伤保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（人社部发〔2025〕17号）文件规定，请你单位于\_\_\_\_年\_\_月\_\_日前，补充拨付预付金\_\_\_\_万元。收款账户信息如下。银行名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_，银行账号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，银行户名：\_\_\_\_\_\_\_，银行行号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。

（落款：由出具单据的部门落款并加盖公章）

签章日期： 年 月 日

附件9

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全面开展工伤保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（人社部发〔2025〕17号）文件规定，请你单位对\_\_\_\_（省份）补充拨付预付金\_\_\_\_万元查收确认。付款账户信息如下。银行名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，银行账号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，银行户名：\_\_\_\_，银行行号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。

（落款：由出具单据的部门落款并加盖公章）

签章日期： 年 月 日

附件10

工伤保险跨省异地就医结算单

医疗机构名称： 机构所属地：\_\_\_\_\_\_\_市 医院等级： 就医登记号： 金额单位：元

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | 人员类别 |  | 参保地 |  | 社会保障号码 |  |
| 待遇类别 | |  | 业务类别 |  | 结算时间 |  | 科别 |  |
| 住院号 | |  | 入院时间 |  | 出院时间 |  | 住院天数 |  |
| 项目  费别 | | 药品 | 诊疗项目 | 住院服务标准 | 康复服务项目 | 辅助器具费用 | 合计 | |
| 工伤保险基金支付金额 | |  |  |  |  |  |  | |
| 非工伤保险基金支付金额 | 自费金额 |  |  |  |  |  |  | |
| 其他（非工伤伤情等） |  |  |  |  |  |  | |
| 合计本次：总费用\_\_\_\_元，工伤保险基金支付金额\_\_\_\_元；个人支付金额\_\_\_\_元。 | | | | | | | | |
| 收款人： 审核人： 制单人： 打印日期： | | | | | | | | |

备注：1.本次就诊非工伤伤情所产生的费用工伤保险基金不予支付；2.此表供协议机构打印，一式两份，协议机构、工伤职工各一份。

病人（家属）签字：

附件11

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） 清算所属期：\_\_\_\_年上/下半年 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | —— |

附件12

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） 清算所属期：\_\_\_\_年上/下半年 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 |  |  |  |  |

附件12-1

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） 清算所属期：\_\_\_\_年上/下半年 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12-2

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） 清算所属期：\_\_\_\_年上/下半年 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13

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） 清算所属期：\_\_\_\_年上/下半年 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 |  |  |  |  |

附件14

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\_\_\_\_年上/下半年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

清算所属期：\_\_\_\_年上/下半年

付款方： 单位：元（保留两位小数）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 地 区 | 银行名称 | 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 |  | 合计  （不含退款） |  |

注：金额明细详见附件12、附件12-1、附件12-2

（落款：由出具单据的部门落款并加盖公章）

签章日期： 年 月 日

附件15

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\_\_\_\_年上/下半年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

清算所属期：\_\_\_\_年上/下半年

收款方： 单位：元（保留两位小数）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 地 区 | 银行名称 | 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 |  | 合计  （不含退款） |  |

（落款：由出具单据的部门落款并加盖公章）

签章日期： 年 月 日