附件1：

雁塔区门诊慢性病业务受理定点医院名单

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 医疗机构名称 | 地址 | 联系电话 | 受理病种 | 受理范围 |
| 1 | 西安市雁塔区中医医院 | 长安南路495号(纬一街2号） | 85393256 | 除精神病、癫痫以外其他病种 | 小寨、长延堡街办下属社区及区属参保单位的门诊慢性病业务 |
| 2 | 西安雁塔长庆坊护理院 | 西安市雁塔区红专南路8号院内单身公寓楼1-2层 | 85231556 |
| 3 | 西安雁塔慈益医院 | 翠华路808号科泰大厦1-4层 | 89555500-8117 |
| 4 | 西安市雁塔区小寨路二六二社区卫生服务中心（二六二医院） | 小寨东路100号 | 85430156 |
| 5 | 西安雁塔友好医院 | 吉祥路21号 | 88243120 |
| 6 | 西安市雁塔区长延堡521社区卫生服务中心 | 西安市雁塔区丈八东路168号 | 88223921 |
| 7 | 西安市雁塔区长延堡社区卫生服务中心 | 长安南路483号 | 85252166 |
| 8 | 陕西广慈泌尿专科医院 | 小寨东路108号 | 85391153-836 | 除精神病、癫痫以外其他病种 | 曲江、大雁塔街办下属社区及区属参保单位的门诊慢性病业务 |
| 9 | 西安雁塔曲江强森医院 | 西安市雁塔区曲江新区，曲江池南路雅居乐御宾府12-10116号商铺 | 89123694 |
| 10 | 西安雁塔强森医院 | 西安市曲江新区雁塔南路与南三环交汇处金辉世界城邻国中心3.4层商铺 | 85503674 |
| 11 | 西安雁塔荣圣堂医院 | 西安市雁塔区翠华路60号 | 85224068 |
| 12 | 西安市雁塔区曲江社区卫生服务中心 | 西安市雁塔区雁引路4号 | 89866167 |
| 13 | 西安市雁塔区大雁塔社区卫生服务中心 | 西安市雁塔区西影路178号1号楼（主楼）一至六层 | 62824375 |
| 14 | 西安日化医院 | 丈八北路7号 | 88733724-8076 | 除精神病、癫痫以外其他病种 | 漳浒街办下属社区及区属参保单位的门诊慢性病业务 |
| 15 | 陕西中医药大学第二附属医院三五零七医院 | 昆明池路1号 | 62085900 |
| 16 | 西安市雁塔区漳浒寨社区卫生服务中心 | 西安市雁塔区民洁路1号 | 84110298-8021 |
| 17 | 西安市雁塔区电子城社区卫生服务中心 | 西安市雁塔区丈八东路25号 | 81020829 | 除精神病、癫痫以外其他病种 | 电子城、杜城街办下属社区及区属参保单位的门诊慢性病业务 |
| 18 | 西安市雁塔区电子城西京社区卫生服务中心 | 西安市雁塔区电子西街3号 | 88813106 |
| 19 | 西安高新医院二0四医院 | 西安市雁塔区丈八东路55号 | 88291836 |
| 20 | 西安雁塔仁济医院 | 东仪路22号唐园假日新城1-10108 | 85380093 |
| 21 | 西安雁塔圣立康仁仁医院 | 天坛西路中段11号 | 85425030 |
| 22 | 西安市雁塔区等驾坡社区卫生服务中心 | 西安市雁塔区幸福南路11号 | 62306771 |
| 23 | 西安雁塔新大华医院 | 丁白路92号 | 88609389 |
| 24 | 西安雁塔甘露医院 | 西安市雁塔区光华路东段1号 | 88242501 | 精神病、癫痫 | 雁塔区下属社区及区属参保单位的门诊慢性病业务 |
| 25 | 西安雁塔天佑儿童医院 | 西安市雁塔区朱雀大街南段1号长丰园小区1区3号楼 | 88468888 | 小儿脑瘫、少年儿童生长激素缺乏症 | 雁塔区下属社区及区属参保单位的门诊慢性病业务 |
| 26 | 西安雁塔祈康儿童医院 | 西安市雁塔区长安南路16号农村信用合作联社办公楼 | 89663280 |

附件2：

西安市各区医保经办服务大厅

|  |  |
| --- | --- |
| 新城区 | 新城区韩森路145号（长乐新城）新城区就业和社会保障服务中心 |
| 碑林区 | 西安市碑林区东大街8号（区市民中心）东门商贸中心2号楼（3层） |
| 莲湖区 | 桃园路街道大土门20号（开远半岛7号楼内）莲湖区市民中心一层 |
| 雁塔区 | 电子正街与双桥一巷十字西南角雁塔区政务服务中心一层 |
| 灞桥区 | 灞桥区长乐东路69号 灞桥区市民中心 |
| 未央区 | 政法巷未央大厦B座3楼区政务服务中心25-29号窗口 |
| 长安区 | 长安区府东一路城南新天地东北区 |
| 高新区 | 高新区锦业路1号都市之门A座一楼 |
| 经开区 | 经开区明光路166号凯瑞E座政务大厅 |
| 航天产业基地 | 航拓路汇航广场B座2楼社保中心 |
| 国际港务区 | 西安国际港务区港务大道101号 梦想公社二楼政务服务大厅 |

附件3：

职工门诊慢性病补助费用结算汇总表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 医保编号 | 就诊开始  时间 | 就诊结束  时间 | 申报病种 | 票据总额 | 票据张数 | 发放主体 | 银行行号 | 银行账号 |
| 1 | 张三 | 1111111111 | 2020-01-01 | 2020-12-31 | 000008 | 1000 | 2 | 02 | 402247000114 | 999999999 |
| 2 | 李四 | 2222222222 | 2020-01-01 | 2020-12-31 | 000001 | 2000 | 3 | 02 | 402533501588 | 888888888 |
| 3 | 王五 | 3333333333 | 2020-01-01 | 2020-12-31 | 000012 | 3000 | 4 | 02 | 402533501589 | 777777777 |

填报单位：

**填表须知：所填电子表格需为.xls格式；**

**1、医保编号：个人编码10位，开始所有0必须输完整，与个人信息保持一致。**

**2、就诊开始时间统一填为：2020-01-01；就诊结束时间统一填为：2020-12-31。**

**3、申报病种：**

**000001 冠状动脉粥样硬化性心脏病 000002 慢性肺源性心脏病 000005 肝硬化失代偿期 000006 糖尿病**

**000007 慢性肾小球肾炎及肾病综合症(2017前申报) 000008 恶性肿瘤晚期 000009 精神疾病**

**000010 系统性红斑狼疮 000011 帕金森综合症 000012 高血压病Ⅱ期 000013 高血压病Ⅲ期**

**000014 脑血管病恢复期 000015 多耐药肺结核 000016 慢性活动性肝炎 000017 慢性再生障碍性贫血 000018 白血病 000019 血友病 000020 强直性脊柱炎 000021 类风湿关节炎**

**000022 视神经萎缩 000023 风湿性心脏病 000024 骨髓增生异常综合征 000025 紫癜性肾炎**

**000026 甲状腺功能亢进 000027 硬皮病 000028 扩张性心肌病 000029 巨趾症**

**000030 癫痫 000031 甲状腺功能减退症 000032 慢性肾小球肾炎 000033 肾病综合症**

**000034 慢性支气管炎合并阻塞性肺气肿 000035 特发性血小板减少性紫癜 000036 阿尔兹海默症**

**000037 肝豆状核变性000038 慢性肾功能衰竭 000039 器官移植术后 000040 慢性肾功能衰竭尿毒症期**

**4、发放主体统一填为：02。**

附件4：

居民门诊慢性病补助费用结算汇总表

填报单位名称：（盖章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 医保编号 | 就诊  开始时间 | 就诊  结束时间 | 申报病种 | 票据总额 | 票据张数 | 扣款金额 | 银行行号 | 开户户名 | 银行账号 | 是否监护人 | 备注 |
| 1 | 张三 | 1111111111 | 2019-01-01 | 2019-12-31 | 000008 | 1000 | 2 |  | 12345678911 | 张三 | 402247000114 | 0 |  |
| 2 | 李四 | 2222222222 | 2019-01-01 | 2019-12-31 | 000001 | 2000 | 3 |  | 12345678911 | 李四 | 402533501588 | 0 |  |
| 3 | 王五 | 3333333333 | 2019-01-01 | 2019-12-31 | 000012 | 3000 | 4 |  | 12345678911 | 王五 | 402533501589 | 0 |  |

**填表须知：所填电子表格需为.xls格式；**

**1、医保编号：个人编码10位，开始所有0必须输完整，与个人信息保持一致。**

**2、就诊开始时间统一填为：2020-01-01；就诊结束时间统一填为：2020-12-31。**

**3、申报病种：**

**000004 脑血管运动功能障碍 000005 肝硬化失代偿期 000006 糖尿病伴并发症 000007 慢性肾小球肾炎及肾病综合症**

**000008 恶性肿瘤门诊治疗 000009 精神病 000010 系统性红斑狼疮 000011 帕金森综合征**

**000012 多耐药肺结核 000013 慢性活动性肝炎 000014 再生障碍性贫血 000015 白血病**

**000016 血友病 000020 强直性脊柱炎 000021 类风湿关节炎 000022 视神经萎缩**

**000023 风湿性心脏病 000024 骨髓增生异常综合征000025 紫癜性肾炎 00026 甲状腺功能亢进**

**000028 扩张性心肌病 000029 巨趾症 000030 癫痫000031 甲状腺功能减退症**

**000032 慢性肾小球肾炎 000033 肾病综合征 000034 慢性支气管炎 000035 特发性血小板减少性紫癜**

**000037 肝豆状核变性 000038 慢性肾功能衰竭 000039 各类器官移植术后 000040 尿毒症Ⅲ期肾透析**

**000041 X连锁低磷佝偻病 000042 苯丙酮尿症 00043 小儿脑瘫 000044 少年儿童生长激素缺乏症**

**4、是否监护人：1监护人，0本人。**

附件5：

电子发票承诺书

姓名：，身份证号：，现申请（医疗机构/药店）年月日的门诊医疗费用（电子发票）进行门诊慢性病报销，发票号码为： ，共计票据 张，合计： 元。

本人保证提供的电子发票信息真实、准确、完整、有效，不存在重复申报，如有虚假愿意承担一切法律责任。

承诺人（签名、指印）：

联系电话：

年 月 日

**附件6：**

西安市城镇职工基本医疗保险门诊慢性病申请鉴定表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 公务员 | |  |  |  | 企事业 |  |  |  |
| 年月日 | | | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 年龄 |  | | 医保  编号 |  | 照片 | |
| 工作  单位 |  | | | | | | | 单位  编号 |  |
| IC卡  编号 |  | | | | | | | 联系  电话 |  |
| 家庭  住址 |  | | | | | | | |  |
| 选择定点医疗机构 |  | | | | | | | | | | |
| 申请  病种 |  | | | | | | | | | | |
| 简要病史阳性特征化验报告检查报告 |  | | | | | | | | | | |
| 申请人： | | | | | | | | | | |
| 年月日 | | | | | | | | | | |
| 单位  意见 | 情况属实。 | | | | | | | | | | |
| 签章： | | | | | | | | | | |
| 年月日 | | | | | | | | | | |
| 鉴定  情况 |  | | | | | | | | | | |
| 经办人： | | | | | | | | | | |
| 年月日 | | | | | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | | | | | |

西安市城镇居民基本医疗保险门诊慢性病申请鉴定表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 照片 |
| 医保编号 |  | 社区  名称 |  | 联系  电话 |  |
| 身份证号 |  | | | | |
| 家庭地址 |  | | | | | |
| 申请病种 |  | | | | | |
| 简要病史    阳性特征    化验报告    检查报告 |  | | | | | |
|  | | | | | |
| 申请人：  年月日 | | | | | |
| 医疗保险经办机构鉴定意见 |  | | | | | |
| 经办人： | | | | | |
| 年月日 | | | | | |
| 备注 |  | | | | | |

**附件7：**

西安城镇职工门诊慢性病复审汇总明细表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | 单位编码 | |  | （公章） |
| 姓名 | 个人编码 | 身份证号 | 性别 | 年龄 | 申请病种 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 注：1表格右上方必须加盖单位公章。 | | | | | | |
| 2医保编码作为系统录入唯一标识必须准确，如因个人医保编码错误导致参保职工不能享受慢性病补助，后果由单位负责。 | | | | | | |
| 3单位上交的职工门诊慢性病申请表“申请病种”一栏只能填写一种门诊慢性病病种。 | | | | | | |

**附件8：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 社区名称 |  | |  | |  | （公章） |
| 姓名 | 个人编码 | 身份证号 | 性别 | 年龄 | 申请病种 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 注：1表格右上方必须加盖公章。 | | | | | | |
| 2医保编码作为系统录入唯一标识必须准确。 | | | | | | |
| 3上交的居民门诊慢性病申请表“申请病种”一栏可填写两种或两种以上门诊慢性病病种。 | | | | | | |
|  | | | | | | |

西安城镇居民门诊慢性病复审汇总明细表