|  |  |
| --- | --- |
| 人力资源和社会保障部 | 社会保险事业管理中心信 息 中 心 |

人社险中心函〔2017〕14号

关于印发跨省异地就医住院医疗费用直接结算实施细则（试行）的通知

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团人力资源社会保障厅（局）社会保险经办机构、信息化综合管理机构：

为保证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顺利开展，明确各项业务的内容、程序和时限，根据人力资源和社会保障部、财政部《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）及相关配套文件要求，我们制定了跨省异地就医住院医疗费用直接结算实施细则（试行），现印发你们，请结合地方实际遵照执行。

联系人：

部社保中心 孙娜 白寅

电话：（010）89946685 89946816

传真：（010）89946680

E-mail：sunna@mohrss.gov.cn

部信息中心 毛学舜 王智飞

电话：（010）84202273 84201272

传真：（010）84228350 84202260

E-mail：maoxueshun@mohrss.gov.cn

附件：跨省异地就医住院医疗费用直接结算实施细则（试行）

人力资源和社会保障部 人力资源和社会保障部

社会保险事业管理中心 信息中心

 2017年2月7日

**跨省异地就医住院医疗费用直接结算**

**实施细则（试行）**

为保证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顺利开展，明确各项业务的内容、程序和时限，根据人力资源和社会保障部、财政部《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）及相关配套文件要求，制定本实施细则。

一、系统对接

（一）系统改造

各地严格按照《关于印发跨省异地就医结算系统接口规范和地方系统改造要点的通知》（人社厅发〔2016〕161号）要求，完成本地医疗保险业务系统和省级异地就医结算系统的改造工作。

（二）联调测试

依据《关于开展跨省异地就医结算系统联调测试工作的通知》（人社厅函〔2016〕474号）、《关于社会保障卡跨省应用测试用卡分发和使用要求的通知》（人社信息函〔2016〕55号）、《关于配合跨省异地就医结算系统联调测试报送社会保障卡跨省应用准备情况的通知》要求，向部信息中心申请联调测试。按照部里制定的联调测试流程、测试对象，以市级医疗保险业务系统为单位，完成交易及功能测试、社会保障卡（以下简称社保卡）业务测试、性能及可靠性测试等工作，提交联调测试相关表单，并说明社保卡跨省应用准备情况，部信息中心和社保中心出具联调测试结论和报告，确认该地区是否通过联调测试。

省级异地就医结算系统和首批地市医疗保险业务系统与国家系统对接后，其他地市业务系统接入或已接入省、市系统有重大调整、新增社保卡读写终端设备型号的，需按以上流程重新测试。

（三）接入开通

通过部联调测试的省份，依据《关于申请接入国家异地就医结算系统开展基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（人社险中心函〔2016〕173号），填写《跨省异地就医直接结算系统正式接入申请表》，省级社保经办机构与信息化综合管理机构审核签章后，报部社保中心。部社保中心与信息中心共同审核通过后，完成部省间异地就医结算系统正式接入，在系统中增加该省份的开通状态信息，分配省级管理员账号和初始密码。正式接入申请未通过的，部社保中心反馈未通过原因。

省级异地就医结算系统接入后，各省信息化综合管理机构应及时配置正确的网络环境；各省社保经办机构应通过浏览器登陆系统，完成省内经办机构及人员信息的初始化，及时录入经办机构基本信息及开户银行账号信息，通过接口上传申请开通的统筹区、跨省定点医疗机构等信息，经部里确认后开始运行。经办机构、人员、银行账号及跨省定点医疗机构等信息发生变更时，省级社保经办机构应及时更改。

新增统筹区的开通参照省级异地就医结算系统接入流程执行。

（四）状态变更

状态变更包括暂停、恢复开通两种情形。

暂停。因故需暂停省级系统接入的，由省级经办机构提前10个工作日向部社保中心提出书面暂停申请，提交《\_\_\_\_\_\_省（区、市）异地就医结算系统接入状态变更申请书》（见附件1），部社保中心审核后反馈《\_\_\_\_\_\_省（区、市）异地就医结算系统接入状态变更告知书》（见附件2），暂停省级系统接入，并在相关平台发布公告，通过可靠渠道告知相关备案人员。暂停期间办理出院结算的，由参保人自费结清，回参保地审核报销。

恢复开通。排除暂停原因需恢复省级系统接入的，由省级经办机构向部社保中心提出书面申请，提交《\_\_\_\_\_\_省（区、市）异地就医结算系统接入状态变更申请书》，部社保中心审核后反馈《\_\_\_\_\_\_省（区、市）异地就医结算系统接入状态变更告知书》，恢复省级系统接入，并在相关平台发布公告。

统筹区状态变更参照执行。

二、社会保障卡跨省异地就医应用管理

各地要将社保卡作为参保人员跨省异地就医身份识别和直接结算的唯一凭证，按照《关于开展社会保障卡跨省应用工作的通知》（人社厅发〔2016〕105号）要求，做好社保卡跨省异地就医应用管理工作。

（一）规范发行社保卡

按照《关于配合跨省就医直接结算开展社会保障卡出省检查工作的通知》（人社信息函〔2016〕63号），建立社保卡出省检查机制，重点排查跨省异地就医登记备案人员持卡情况。建立快速补换卡和发卡机制，作为参保地开通异地就医直接结算的地市（含省本级）应至少具备一个快速发卡服务网点，快速制发卡周期不宜超过3个工作日，确保每一位异地就医人员在出省时均持有可全国通用的社保卡。

（二）完善跨省用卡环境

按照《社会保障卡读写终端接口规范》（人社信息函〔2016〕38号）和《社会保障卡读写终端接口规范补充说明》（人社信息函〔2016〕59号）升级改造读写终端及动态库，作为就医地重点对开通跨省异地就医直接结算的医院读写终端进行升级。结合异地卡服务需求，按照持卡库相应接口要求进行社保卡管理系统改造对接。

（三）进一步完善持卡库建设

做好已备案人员基础信息和社保卡基础信息准确入库工作**，**保证持卡库正常运行。

（四）同步提供异地卡服务

报送跨省社保卡服务网点信息，并通过部门户网站及各地网站向社会公布。开展跨省社保卡服务，具体要求另行通知。

三、跨省定点医疗机构管理

按照《关于报送跨省异地就医直接结算定点医疗机构相关信息的通知》（人社险中心函〔2016〕160号）要求，完成跨省定点医疗机构名单确认，并上传至国家异地就医结算系统。

省级经办机构负责辖区内各统筹区定点医疗机构的编码工作，严格按规定的编码规则进行编码：1、编码唯一且终身制；2、同属省本级和省会城市的定点医疗机构，原则上由省本级经办机构负责；3、统筹区行政区划代码（6位）+医院类型（1位：定义为“1”）+数字序列号（6位）。

(一)确定跨省定点医疗机构

1. 跨省定点医疗机构选定及系统改造

省级经办机构依据布局合理、方便就医、分步纳入的原则在省级定点医疗机构信息库中确定本省份跨省定点医疗机构，并报部社保中心统一备案。应当按照国家跨省异地就医接入标准完成医院端相关项目系统改造，并通过自测以及联调测试。

2.开通跨省异地就医结算业务

省级经办机构对于改造完成通过测试的跨省定点医疗机构，通过国家异地就医结算系统开通跨省异地就医结算业务。部社保中心确认并统一发布开通的跨省定点医疗机构名单。

（二）跨省定点医疗机构变更

1.信息变更

跨省定点医疗机构信息发生变更的，省级经办机构实时更新至国家异地就医结算系统并报部社保中心，由部社保中心统一发布。

2.状态变更

跨省定点医疗机构的新增、暂停、恢复、删除等状态变更的，省级经办机构通过国家异地就医结算系统进行实时操作。报部社保中心备案并统一发布。

（三）全国跨省定点医疗机构信息下载

各省级经办机构通过国家异地就医结算系统下载跨省定点医疗机构信息。

四、登记备案管理

跨省异地就医实行备案制度。参保人员跨省异地就医应在参保地经办机构登记备案。

（一）异地就医人员备案

参保地依据人力资源和社会保障部、财政部《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）对异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员以及因病情需要转外就诊人员进行基本信息备案登记，生成《\_\_\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医登记备案表》。

同时，依据《关于做好基本医疗保险跨省异地安置退休人员备案工作的通知》（人社厅函〔2016〕478号）建立省级备案人员信息库，并通过省级异地就医结算系统上传至国家异地就医结算系统。

（二）备案信息变更

参保地经办机构对已完成异地就医备案的人员因异地居住地、跨省定点医疗机构、联系电话等信息发生变更，或转外就医期间需再次转院提出的信息变更申请，应当及时审核确认。对于已备案人员的医疗待遇发生暂停、恢复、终止及备案身份终止等情况应及时办理。

备案变更信息须实时上传至国家异地就医结算系统。

五、就医管理

就医地经办机构应加强跨省定点医疗机构管理和异地就医费用审核，保障跨省异地就医参保人员合法权益。

（一）医疗服务管理

跨省异地就医人员应持社会保障卡就医，执行就医地医疗机构就医流程和管理服务规范。医疗保险待遇执行就医地规定的支付范围及其标准，参保地的起付标准、支付比例、最高支付限额等政策。

就医地经办机构将跨省异地就医统一纳入协议管理。指导跨省定点医疗机构对异地和当地参保人员的医疗服务应一视同仁，提供合理、必要的医疗服务，充分利用异地参保人员在其他定点机构的检查、检验结果，避免重复检查、过度医疗。跨省定点医疗机构在办理入院登记时，核对就医人员身份，做到人卡一致，如发现冒用等情况应及时停止办理持卡入院登记，并报告就医地经办机构。

（二）异地就医费用审核

异地就医医疗费用审核由就医地经办机构负责，审核方式由就医地经办机构确定。

就医地应将审核扣除违规费用或补支费用上传至国家异地就医结算系统，未在清算周期内完成信息上传的，相关费用计入上传后下一个清算周期。补支费用指审核扣款并上传扣款信息后，如发现扣款错误，需要进行更正的费用。在基金清算前可按规定程序通过修改原记录的方式进行更正。基金清算后需新增一条结算审核扣款信息记录并重新上传。更正上传信息中拒付、扣款传负数，补支传正数。

六、预付金管理

预付金是参保地省级经办机构预付给就医地省级经办机构，用于预支付参保地跨省异地就医人员医疗费用的资金。包括预付金核定、调整、收付款确认、账务处理等内容。

（一）预付金核定

预付金原则上按可支付上年两个月跨省异地就医医疗费用的额度核定。预付金在就医地财政专户中产生的利息归就医地所有。预付金原则上来源于各统筹区医疗保险基金。

预付金首次额度由各省级经办机构登录部平台预付金初始额度模块进行录入，部社保中心确认后，由各省级经办机构通过国家异地就医结算系统下载《\_\_\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医预付金付款通知书》、《\_\_\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医预付金收款通知书》，按当地相关规定通知同级财政部门付款和收款。

1. 预付金调整

1.按年调整。每年1月底前，部社保中心根据上一年度各省份跨省异地就医直接结算资金支出情况，核定各省级经办机构本年度应付、应收预付金，生成《全国跨省异地就医费用预付金明细表》，出具预付金额度调整通知书，由各省级经办机构通过国家异地就医结算系统下载。省级经办机构下载预付金额度调整通知书后5个工作日内提交同级财政部门。参保地省级财政部门在确认跨省异地就医资金全部缴入省级财政专户，对经办机构提交的预付及清算单和用款申请计划审核无误后，在10个工作日内向就医地省级财政部门划拨预付和清算资金。各省应于每年2月底前完成预付金的收付工作。

2.紧急调整。建立预付金调增机制。预付金使用率达到70%，为黄色预警。预付金使用率达到90%及以上时，为红色预警，启动预付金紧急调增流程。当预付金使用率出现红色预警时，就医地省级经办机构通过省级平台向国家平台报送预付金额度调增申请。部社保中心收到申请后，对就医地提出调增的额度进行审核确认并向参保地省级经办机构下达《\_\_\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医预付金额度紧急调增通知书》。参保地省级经办机构接到部社保中心下达预付金紧急调增通知书，5个工作日内，提交同级财政部门。省级财政部门在确认跨省异地就医资金全部缴入省级财政专户，对经办机构提交的预付单和用款申请计划审核无误后10个工作日内，完成预付金紧急调增资金的拨付。

（三）预付金收付款确认

省级财政部门在完成预付金额度的付款和收款后，5个工作日内将拨付汇总表、收款汇总表以书面形式反馈到省级经办机构，省级经办机构同时向部社保中心反馈到账信息并在部平台确认收款与付款是否成功。

（四）预付金账务处理

各省预付金完成拨付后省级财政部门依据各自账务管理办法进行账务处理，省级经办机构依据财政部门提供的拨款与收款相关材料，根据各自账务处理要求进行相应账务处理。

七、费用结算管理

费用结算管理包括结算标准、个人费用结算、经办机构与跨省定点医疗机构结算等内容。

（一）结算标准

异地就医人员直接结算的住院医疗费，执行就医地规定的支付范围及其标准（基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施范围和标准），就医省已统一支付范围及其标准的，按就医省规定执行。医保基金起付标准、支付比例、最高支付限额及其他特殊政策规定等，执行参保地政策。

（二）个人费用结算

参保人员出院时，就医地经办机构将其住院费用明细信息转换为全国统一的大类费用信息，经国家、省级异地就医结算平台传输至参保地，参保地按照当地政策规定计算参保人员个人以及各项医保基金应支付的金额，并将结果回传至就医地跨省定点医疗机构。参保人员按照跨省定点医疗机构出具的《\_\_\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医住院结算单》结清应由个人承担的费用；属于医保基金支付的费用，由就医地经办机构与跨省定点医疗机构按协议结算。参保人员因故全额垫付医疗费用的，应持跨省定点医疗机构打印的医疗费用明细清单，回参保地按规定报销，相关结算信息需由跨省定点医疗机构上传异地就医平台。

就医地经办机构在参保人出院结算后5日内将审核后并已对账处理的医疗费用明细上传异地平台，参保地经办机构可通过异地就医平台查询和下载医疗费用及其明细项目。

（三）经办机构与跨省定点医疗机构结算

就医地经办机构与跨省定点医疗机构结算的跨省异地就医费用，按照就医地医保结算办法执行。

**三方对账。**国家异地就医结算系统每日自动生成日对账信息，实现参保地、就医地省级异地就医结算系统和国家异地就医结算系统的三方对账，做到数据相符。如出现对账信息不符的情况，省级经办机构应及时查明原因，必要时提请部社保中心协调处理。三方对账通过的数据作为结算和清算的依据。

**审核扣款。**就医地跨省定点医疗机构对跨省定点医疗机构违规行为涉及的医疗费用不予支付，已支付的违规费用予以扣除，用于冲减该参保地异地就医结算费用。对跨省定点医疗机构违背服务协议规定并处以违约金的，由就医地医疗保险经办机构按规定处理。

**费用结算。**就医地经办机构应当在次月20日前完成与跨省定点医疗机构对账确认工作，并按协议约定，按时拨付确认的费用。就医地经办机构负责结算在本辖区发生的异地就医医疗费。其中，同属省本级和省会城市的跨省定点医疗机构，其费用原则上由省本级经办机构结算；同属地市级和县（市、区）的跨省定点医疗机构，其费用原则上由地市级经办机构结算。

八、费用清算管理

异地就医费用清算是指省级经办机构之间、省级经办机构与辖区内经办机构之间确认有关异地就医医疗费用的应收或应付额，据实划拨的过程。

（一）清算流程

就医地省级经办机构每月21日前上传就医地与跨省定点医疗机构对账确认及审核扣款后生成的医疗费用清算信息，未按时上传的清算信息，本月不清算。

（二）清算金额确认

每月21日起，各省级经办机构可在国家异地就医结算系统查询部社保中心根据就医地与跨省定点医疗机构对账及审核扣款后生成的医疗费用清算信息（支持多种查询条件）。并在25日前确认《全国跨省异地就医费用清算表》、《\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医应付医疗费用清算表》、《\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医职工医保基金支付明细表》、《\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医居民医保基金支付明细表》、《\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医职工医保基金审核扣款明细表》、《\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医居民医保基金审核扣款明细表》、《\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医应收医疗费用清算表》。

（三）清算资金的拨付

每月底，各省级经办机构通过异地就医结算系统下载部社保中心发布的《\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医费用付款通知书》、《\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医费用收款通知书》，在5个工作日内向同级财政部门提交相关资料，按当地相关规定通知同级财政部门付款（在10个工作日内）和收款，并作相应的会计处理工作。省级财政部门在完成清算资金的付款和收款后，5个工作日内将拨付汇总表、收款汇总表以书面形式反馈到省级经办机构，省级经办机构同时向部社保中心反馈到账信息并在部平台确认收款与付款是否成功。

（四）清算省内处理

各省级经办机构完成跨省异地就医清算工作后，按各自规定清算本辖区内各统筹区跨省异地就医费用，并在5个工作日内完成。

九、稽核监督管理

稽核监督管理包括日常稽核、联审互查及投诉处理等相关业务。

（一）日常稽核

就医地经办机构应加强对跨省定点医疗机构的监督，将跨省定点医疗机构纳入当地日常稽核监督的范围中，实行统一的稽核管理。

对跨省定点医疗机构的违规行为，按照就医地相关政策和协议规定作出处理。

跨省定点医疗机构应积极配合医保经办机构开展审计稽核工作，及时提供相关资料，认真落实稽核整改意见。对稽核意见有异议的，可在规定时间内提出申诉、申请行政复议或向人民法院提起行政诉讼。

（二）联审互查

部社保中心适时组织跨省异地就医联审互查。

参保地经办机构发现跨省定点医疗机构有违规嫌疑的，应及时上报部社保中心，由部社保中心告知就医地经办机构开展调查或协同调查。

（三）投诉处理

 就医地经办机构应建立异地就医人员的投诉渠道，及时受理投诉并将结果告知投诉人。对查实的重大违法违规行为按相关规定执行，并逐级上报部社保中心。

十、运行管理

运行管理是为保障跨省异地就医住院医疗费用直接结算的业务流、信息流、资金流高效运行而建立的规则体系，包括相关的日常业务管理、系统运行维护、故障处理、应急处置等内容。

（一）运行管理内容

各地通过国家异地就医结算系统，开展异地就医相关的业务申请、故障申报、数据处理、资料下载、信息交流等联动工作。业务咨询、投诉申报等内容，按照闭环管理原则做好记录、反馈、检查、监督。

1.通知公告与资料下发

各级经办机构和信息化综合管理机构做好新增统筹区开通、新增跨省定点医疗机构定点、停机计划、预防预警信息等事项的公告发布工作，原则上需提前72小时以上。

2.业务运行监测

各级经办机构须对跨省异地就医直接结算业务进行日常持续监控。按照“早发现、早报告、早处置”的原则，对各地之间的业务发生量和业务故障情况进行持续监测。当发现业务发生中断、阻塞等故障和可能发生业务故障的有关信息，应在第一时间与同级信息化综合管理机构沟通检查，并向上级经办机构和信息化综合管理机构报告，由省级经办机构向部社保中心和信息中心报告。报告内容主要包括故障现象、影响范围、故障可能发展趋势和采取的措施等。

3.业务预警分析

部、省级经办机构和信息化综合管理机构对跨省异地就医直接结算业务进行日常持续监控，对各地区之间的业务运行效率、业务量、业务失败数量进行统计，并与历史同期数据进行比对分析，开展业务运行预警分析。对业务运行效率降低、业务量骤减、业务阻塞等情况，应立即进行故障定位和影响波及面分析。对可能发生的跨省异地就医直接结算业务故障事件，应立即采取措施控制事态发展，并进行风险评估，判定事件性质，同时向受影响方发布预警。

4.日常问题处理

（1）受理范围

①跨省异地就医直接结算无法正常刷卡；

②跨省异地就医直接结算相关费用或对账错误；

③跨省异地就医直接结算相关数据出现混乱和不一致情况；

④跨省异地就医直接结算后续审核、稽核、结算、清算业务无法正常开展；

⑤其他影响跨省异地就医结算业务的情况。

（2）问题处理流程

跨省异地就医直接结算业务问题原则上以就医地经办机构为第一受理责任人。

各级经办机构接到业务问题投诉或报告后，应按照以下流程对问题进行处理。

①问题申报

经办机构受理人员接受业务问题申报，了解错误现象、发生时间、事件影响范围及相关业务要求，保存相关图片及文档。经与同级信息化综合管理机构沟通，初步判断产生问题的原因及问题性质（严重紧急、严重不紧急、紧急不严重、不紧急不严重），并通过协同系统对问题申报进行登记。如需部社保中心、信息中心处理或者协调其他省份处理的，应逐级上报，并由省级经办机构通过协同系统向部社保中心、信息中心申请处理。

②问题受理及分配

部社保中心、信息中心应及时受理问题申报，对问题进行判断分析，排查原因，确认问题性质并分配至相关责任单位。相关责任单位对于分配的问题应当受理，受理后对于问题分配有异议的，可通过协同系统提请部社保中心、信息中心重新分配；对于需要地市级别机构处理的问题，要进行任务再分配，由下级机构对问题进行确认并处理。

③问题处理

根据问题的影响面以及问题性质，由经办机构与同级信息化综合管理机构沟通，初步确定问题排查方案、问题处理计划，依据问题严重、紧急程度分级，协同方在对应时限内处理完成。如果是重大问题，按重大问题处置流程处置。同时估算问题解决需要花费的时间，并回复问题申报人。协同方地市级机构经过排查确定不属于处理范围的问题或者无法处理的问题，应详细说明情况，进行处理未完成操作，将问题退回提交方重新提交。

问题处理时限：

严重紧急的问题，24小时内做出回应。

严重不紧急的问题，72小时内做出回应。

紧急不严重的问题，72小时内做出回应。

不紧急不严重的问题，120小时内做出回应。

④结果反馈

问题处理完毕后，由处理地机构通过协同系统对问题处理结果进行描述后完成处理，协同系统中会将处理流程存档备案，并将处理结果反馈给各级部门，问题发起机构确认问题处理完成后，对该问题进行关闭操作。

5.问题分析评估

在确保问题解决后，要及时对业务管理和信息系统进行全面清理，并加大业务监控力度，对业务运行情况进行持续跟踪。

严重紧急问题处理后，部社保中心、信息中心适时组织有关人员和专家组成调查组，在当地业务、技术部门的配合下，对事件发生及其处理过程进行全面的调查。查清事件发生的原因及波及影响，总结经验教训，写出调查评估报告。

（三）问题管理

部社保中心、信息中心对于日常受理和处理的问题，进行分类分析，对于共性问题和常见问题，进一步归纳总结，形成可供借鉴的案例分析，以及供后续解答、处理问题时参考的知识库。

（四）保障措施

运行管理是确保跨省异地就医直接结算业务顺利开展的重要保障措施，各地要建立运行维护机制，确保工作顺利有序推进。

人员保障。各地应安排专职或兼职人员负责运行管理工作，明确相关人员的职责，确保运行管理人员的稳定性。

对外服务功能维护。建立和维护查询服务系统，面向社会公众、参保人员、参保单位、医保经办机构、跨省定点医疗机构等各类服务对象提供信息发布、信息查询等网上服务。

附件：

1. \_\_\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医结算系统接入状态变更申请书

2. \_\_\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医结算系统接入状态变更告知书

附件1

\_\_\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医结算系统

接入状态变更申请书

人力资源社会保障部社会保险事业管理中心：

由于如下原因，现申请将\_\_\_\_\_\_省（区、市）\_\_\_\_\_\_统筹区于\_\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日\_\_\_时变更为（就医地/参保地）（暂停/开通）状态。

（暂停/开通）原因：

（落款：由出具申请书的经办机构落款并加盖公章）

签章日期：XXXX年XX月XX日

附件2

\_\_\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医结算系统

接入状态变更告知书

（省级经办机构全称）：

由于如下原因，现将\_\_\_\_\_\_省（区、市）\_\_\_\_\_\_统筹区于\_\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日\_\_\_时变更为（就医地/参保地）（暂停/开通）状态。

（暂停/开通）原因：

人力资源社会保障部社会保险事业管理中心

签章日期：XXXX年XX月XX日