|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本医疗保险异地就医备案个人承诺书  （202305版） | | | | | | |
| 姓 名 | |  | 性 别 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号码 | |  | 参保地 |  | 就医地 |  |
| 人员类别 | | □异地安置退休人员  □异地长期居住人员 □常驻异地工作人员 | | | | |
| 参保地异地就医备案告知书：  （由参保地经办机构填写）  1.省内异地就医执行广东省目录、参保地起付线、最高支付限额及支付比例；跨省异地就医执行就医地目录、参保地起付线、最高支付限额、支付比例及门诊特定病种范围等有关政策。因各地目录差异，直接结算与回参保地报销可能存在待遇差，属于正常现象。  2.办理备案时直接备案到就医地市或直辖市。参保人根据病情、居住地、交通等情况，自主选择就医地开通的省内（跨省）定点医疗机构住院就医。普通门诊和门诊特定病种需在选定的医疗机构就诊才能享受基本医疗保险相应待遇。  3.到海南、西藏等省级统筹的省份和新疆生产建设兵团就医的，备案到就医省份和新疆生产建设兵团。  4.未按规定办理登记备案手续，或在就医地非省内（跨省）定点医疗机构发生的医疗费用，按参保地现有规定办理。 | | | | | | |
| **承诺事项：**  本人申请办理异地就医备案业务，已阅读并知晓《备案告知书》所述内容，同意遵守相关规定。因个人原因无法提供异地就医备案相关证明材料，本人保证符合此业务办理条件，所述信息真实、准确、完整、有效，愿意接受信息共享查询核验，由此产生的一切经济损失和法律责任均由本人承担。  承诺人（签名、按指印）：  年 月 日 | | | | | | |
| 说明 | 本表由参保人员填写 ，由医保经办机构存档 ，两年内不得销毁 。 | | | | | |