

福建省医疗保障局文件

闽医保规〔2023〕2号

福建省医疗保障局关于进一步做好 基本医疗保险基金先行支付有关问题的通知

各设区市医疗保障局、平潭综合实验区社会事业局，省医疗保障基金中心：

为进一步规范我省基本医疗保险基金先行支付管理，根据《中华人民共和国社会保险法》《社会保险基金先行支付暂行办法》（人社部令第15号）以及《福建省城镇基本医疗保险基金先行支付暂行办法》（闽人社文〔2013〕321号）等有关精神，结合我省实际，现就进一步做好基本医疗保险基金先行支付有关问题有关事项通知如下：

一、提高思想认识，强化责任担当

国家确立社会保险基金先行支付制度，是贯彻以人民为中心发展思想的重要体现，目的在于更好保护参保人的合法权益，使其能够获得及时的医疗救治。全省医保系统要提高思想认识，以时时放心不下的责任感，积极采取有效措施，努力推动医疗保险基金先行支付制度落细落实。

二、进一步明确先行支付的适用范围

参加基本医疗保险的职工或者居民由于第三人的侵权行为造成伤病（非工伤）的，其医疗费用应当由第三人按照确定的责任大小依法承担。第三人不支付或者无法确定第三人的，在医疗费用结算时，个人可向参保地医疗保险经办机构书面申请基本医疗保险基金先行支付。

三、优化先行支付的申请材料和流程

（一）申请基本医疗保险基金先行支付，需如实填写《福建省基本医疗保险基金先行支付申请书》（附件1），并提供以下材料：

1. 申请人社会保障卡或身份证的原件、复印件；属于代理人代办申请的，还应提供委托书（附件2）、代理人身份证原件、复印件；

2. 医疗费用相关材料，参照政务服务清单手工（零星）报销所需材料，包括：医疗机构收费票据（原件）、医疗费用汇总清

单或分类结算清单（原件）以及出院小结（原件）或门诊病历，本人银行账号等。

3. 第三人侵权导致伤病有关证明材料，以及相关职能部门出具的“第三人不支付或无法确定第三人”的有关证明材料。如报警回执、交通事故责任认定书、民事判决书、调解书、执行裁定书及相关执行结果材料等，具体所需材料由各统筹区按照利民原则确定。

（二）参保地医疗保险经办机构负责审核先行支付申请。医疗保险经办机构按照基本医疗保险基金支付的规定，凭申请人提供的材料先行支付医疗费用，同时对已先行支付情况做好备查登记。

四、明确先行支付的追偿

（一）个人已经从第三人处获得医疗费用的，应当主动将先行支付金额中应当由第三人承担的部分退还给基本医疗保险基金。个人拒不退还的，医疗保险经办机构可以从以后支付的相关待遇中扣减其应当退还的数额，或者向人民法院提起诉讼。

（二）医疗保险经办机构按照规定先行支付医疗费用后，有关部门确定了第三人责任的，应当向第三人发出催告函（附件3），要求第三人按照确定的责任大小依法偿还先行支付数额中的相应部分。第三人逾期不偿还的，医疗保险经办机构应当依法向人民法院提起诉讼。

五、强化先行支付个人责任

个人以骗取医疗保障基金为目的，隐瞒已经从第三人处获得医疗费用、向医疗保险经办机构申请并获得医保基金先行支付的，或个人已经从第三人处获得医疗费用、未及时主动将先行支付金额中应当由第三人承担的部分退还给基本医疗保险基金的，依法按照有关规定处理。

六、加强部门联动与信息共享

各统筹区要加强与公检法等部门的沟通协调，建立部门联动机制，推动实现信息通报及共享，切实保障医保基金安全，防止医保基金流失。

本通知有效期五年，自下发之日起施行。此前规定与本文不符的，以本通知为准。若国家出台新的医保基金先行支付政策规定，按国家有关规定执行。

- 附件：1. 福建省基本医疗保险基金先行支付申请书
2. 委托书
3. 关于要求第三人偿还医保基金先行支付医疗费用告知书

福建省医疗保障局

2023年7月30日

附件 1

福建省基本医疗保险基金先行支付申请书

	与参保人关系	姓名	性别	身份证号	联系电话
申请人信息	本人				
近亲属(代办)信息					
申请原因及申请事项	<p>参保人_____, 于____年__月__日在_____(地点), 因_____造成伤病, 经_____ (相关职能部门) 认定为第三人侵权, 属以下第(____)项情形。本人或近亲属现向_____ (参保地医保经办机构) 提出医保基金先行支付申请。</p> <p>1. 无法确定第三人; 2. 依法经仲裁、诉讼确定第三人及其应承担的医疗费用, 但法院执行困难的(含获得部分赔偿的情况); 3. 第三人不支付的其他情形。</p>				
申请人承诺	<p>本人了解福建省基本医疗保险基金先行支付的相关政策, 对申请书中所填的内容真实性负责, 到目前为止尚未获得赔偿或获得部分赔偿; 并承诺今后若获得第三人赔偿相关医疗费用, 本人应当在获得赔偿后 30 日内, 主动到----- (参保地医保经办机构) 办理费用退还手续; 医保部门向第三方追偿时, 本人将积极配合, 全面如实提供有关证据材料。</p> <p>本人若隐瞒第三人赔偿情况, 医保部门可依法向本人进行追偿, 并依法对本人进行处罚; 若有虚报、冒领或骗取社会保险基金, 本人愿意承担一切法律责任。</p> <p>本人或近亲属签名(指印):</p> <p>联系地址: _____ 联系电话: _____ 亲属关系: _____ 年 月 日</p>				
医保经办机构意见	经办意见	初核意见		复核意见	

附件 2

委 托 书

委托人：____，性别____，出生日期____，身份证号码____，住址____，手机号码____。

受委托人：____，性别____，出生日期____，身份证号码____，住址____，手机号码____。

委托人_____现委托受委托人_____为本人的合法代理人，到_____（医保经办机构名称）
办理_____（事项名称）医保基金先行支付业务。

受委托人在办理委托事项过程中所签署的有关文件，我均予以认可，并承担相应的法律责任。

受委托人无转委托权。

本委托书有效期自签署之日起一个月内。

委托人：

年 月 日

附件 3

关于要求第三人偿还医保基金先行支付 医疗费用告知书

_____先生（女士）：

_____年__月__日在_____（地方），因您的侵权行为导致先生（女士）伤病，根据相关证明材料，您需承担_____的责任，支付_____元的医疗费用。受害人多次要求您支付相关医疗费用未果，于_____年_____月_____日到我单位申请医保基金先行支付本应由你承担的医疗费用，我单位按规定受理，并先行支付了医疗费用。

根据《中华人民共和国社会保险法》第三十条第二款的规定，我单位有权要求您偿还医保基金先行支付的医疗费用_____元，请您于收到本告知书后_____日内，主动到我单位_____（地址）办理偿还基本医疗保险基金先行支付费用的手续。如逾期未办理偿还手续，我单位将向人民法院提起诉讼。

_____医保中心
_____年_____月_____日

信息公开类型：主动公开

福建省医疗保障局办公室

2023年7月31日印发
