

# 广东省人力资源和社会保障厅办公室

粤人社办〔2016〕233号

## 转发人力资源社会保障部办公厅关于印发 流动就业人员基本医疗保险关系转移 接续业务经办规程的通知

各地级以上市人力资源和社会保障（社会保障）局：

现将《人力资源社会保障部办公厅关于印发流动就业人员基本医疗保险关系转移接续业务经办规程的通知》（人社厅发〔2016〕94号）转发给你们，请认真贯彻执行。各地可结合本地实际和管理服务能力，细化完善《规程》，在执行过程中发现的问题，请迳向省社保局报告。

广东省人力资源和社会保障厅办公室

2016年12月25日

（联系人及电话：省社保局 倪琼琼，020-38818616）

# 人力资源社会保障部办公厅文件

人社厅发〔2016〕94号

---

## 人力资源社会保障部办公厅 关于印发流动就业人员基本医疗保险 关系转移接续业务经办规程的通知

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）：

为落实人力资源社会保障部、国家发展改革委、财政部、国家卫生计生委《关于做好进城落户农民参加基本医疗保险和关系转移接续工作的办法》（人社部发〔2015〕80号）要求，规范流动就业人员基本医疗保险关系转移接续经办工作，我们制定了《流动就业人员基本医疗保险关系转移接续业务经办规程》（以下

简称《规程》)。现印发你们，请遵照执行。

各地可结合本地流动就业人员实际情况和管理服务能力，细化完善《规程》。有关情况请及时向我部社会保险事业管理中心报告。



(此件主动公开)

# 流动就业人员基本医疗保险关系转移接续 业务经办规程

**第一条** 为统一规范流动就业人员基本医疗保险关系转移接续业务办理流程，根据《流动就业人员基本医疗保障关系转移接续暂行办法》（人社部发〔2009〕191号）和《关于做好进城落户农民参加基本医疗保险和关系转移接续工作的办法》（人社部发〔2015〕80号），制定本规程。

**第二条** 本规程适用于职工基本医疗保险和城镇（城乡）居民基本医疗保险参保人员（以下简称参保人员）流动就业时跨制度、跨统筹地区转移接续基本医疗保险关系的业务经办。

**第三条** 本规程所称经办机构是指社会（医疗）保险经办机构。本规程所称参保（合）凭证是各统筹地区经办机构按照人力资源社会保障部、国家卫生计生委监制要求填写和打印的凭证（附件1）。

**第四条** 参保人员跨统筹地区流动前，参保人员或其所在用人单位到基本医疗保险关系所在地（以下简称“转出地”）经办机构办理中止参保手续，并按规定提供居民身份证等相关证明材料，申请开具参保（合）凭证。

转出地经办机构应核实参保人在本地的缴费年限和缴费情况，核算个人账户资金，生成并出具参保（合）凭证；对有欠费的参保人员，告知欠费情况并提醒其及时补缴。

转出地经办机构应保留其参保信息，以备核查。参保人遗失参保（合）凭证，转出地经办机构应予补办。

**第五条** 参保人员跨统筹地区流动就业后，按规定参加转入地基本医疗保险。参保人员或其新就业的用人单位向转入地经办机构提出转移申请并提供参保（合）凭证，填写《基本医疗保险关系转移接续申请表》（附件2，以下简称《申请表》），并按规定提供居民身份证等相关证明材料。

转入地经办机构受理申请后，对符合当地转移接续条件的，应在受理之日起15个工作日内与转出地经办机构联系，生成并发出《基本医疗保险关系转移接续联系函》（附件3，以下简称《联系函》）。

**第六条** 转出地经办机构在收到《联系函》之日起的15个工作日内完成以下转移手续：

1. 终止参保人员在本地基本医疗保险关系。
2. 按规定处理个人账户，需办理个人账户余额划转手续的，划转时需标明转移人员姓名和社会保障号。
3. 生成并核对《参保人员基本医疗保险类型变更信息表》（附件4，以下简称《信息表》），并提供给转入地经办机构。
4. 转出地经办机构将参保人员有关信息转出后，仍需将该

信息保留备份。

《联系函》信息不全或有误的，应及时联系转入地经办机构，转入地经办机构应予以配合更正或说明情况。不符合转移条件的，转出地经办机构应通知转入地经办机构。

**第七条** 转入地经办机构在收到《信息表》和个人账户余额后的15个工作日内办结以下接续手续：

1. 核对《信息表》列具的信息及转移的个人账户金额。
2. 将转移的个人账户金额计入参保人员的个人账户。
3. 根据《信息表》及用人单位或参保人员提供的材料，补充完善相关信息。
4. 将办结情况通知用人单位或参保人员。
5. 《信息表》按照社保档案管理规定存档备案。

参保（合）凭证、《信息表》或个人账户金额有误的，转入地经办机构应及时联系转出地经办机构，转出地经办机构应予以配合更正或说明情况。

**第八条** 人力资源社会保障部制定《基本医疗保障参保（合）凭证样张、标准格式和填写要求》（附件1），并将凭证样张公布在部网站上，各地经办机构按照标准打印。

**第九条** 各统筹地区经办人员可以登录人力资源社会保障部网址（<http://www.mohrss.gov.cn>）查询全国县级以上经办机构的邮寄地址、联系电话和传真号码，下载各地行政区划代码。经办机构联系方式发生变化，要及时通过系统变更或直报人

力资源社会保障部社会保险事业管理中心，确保部网站上公布的县级以上经办机构信息的准确性。

**第十条** 关系转移接续函、表等材料应以纸质方式通过信函邮寄。为便于及时办理手续，经办机构间尚未实现信息系统互联的，可先通过传真方式传送相关材料；已经实现信息系统互联的，可先通过信息系统交换参保人员基本医疗保险关系转移接续的有关信息。

**第十一条** 进城落户农民和流动就业人员参加新农合或城镇（城乡）居民等基本医疗保险的信息应连续计入新参保地业务档案，保证参保记录的完整性和连续性。

**第十二条** 本规程从2016年9月1日起实施。原《流动就业人员基本医疗保险关系转移接续业务经办规程（试行）》（人社险中心函〔2010〕58号）同时废止。

- 附件：1. 基本医疗保障参保（合）凭证样张、标准格式和填写要求
2. 基本医疗保险关系转移接续申请表
  3. 基本医疗保险关系转移接续联系函
  4. 参保人员基本医疗保险类型变更信息表

## 附件 1

# 基本医疗保险参保（合）凭证样张、 标准格式及填写要求

1. 参保（合）凭证由人力资源和社会保障部、国家卫生和计划生育委员会监制；各统筹地区经办机构按照统一标准填写并打印。

2. 表样规格基于 EXCEL 确定。

3. 采用 A4 幅面无碳复写式白色电脑打印纸。

4. 参保（合）凭证由参保人员留存。

5. 样式中所有文字统一使用“宋体”。标题“参保（合）凭证”采用 20 号字并加粗；其余部分采用 11 号字，其中：“基本信息”、“参保信息”、“转出地社会保险经办机构信息”、“注意事项”、“人力资源和社会保障部、国家卫生和计划生育委员会监制”字样加粗。

6. 参保（合）凭证中表内单元格的文字对齐方式为水平、垂直居中。其中：凭证号、参保（合）起止时间、个人账户余额大写和小写为靠左缩进。

7. 参保（合）凭证中标题行的行高固定为 40，列宽与表格主体宽度一致。表内部分行高固定为 24。



8. 样式“页面设置”项目中，缩放比例一般为100%。方向为横向；页眉、页脚固定为0.8；上下边距一般为0.9，左右边距为0.3。参保（合）凭证的居中方式为水平、垂直居中。

9. 填写统一使用“仿宋”黑色10号文字，靠左缩进。

10. 参保（合）凭证填写的相关内容应真实；参保（合）凭证不得伪造、涂改和损毁。

附件 2

### 基本医疗保险关系转移接续申请表

(此表由申请人或代办人填写)

编号: (省份简称)(统筹区名)(年份)(第 XXXXXXX 号)

| 参保人员信息               |  |        |      |                   |  |
|----------------------|--|--------|------|-------------------|--|
| 姓名                   |  | 性别     |      | 年龄                |  |
| 社会保障号                |  |        | 联系电话 |                   |  |
| 户籍地址                 |  |        |      | 户籍类型 <sup>①</sup> | <input type="checkbox"/> 居民                              |
|                      |  |        |      |                   | <input type="checkbox"/> 农业 <input type="checkbox"/> 非农业 |
|                      |  |        |      |                   | <input type="checkbox"/> 台港澳 <input type="checkbox"/> 外籍 |
| 联系地址                 |  |        |      | 邮政编码              |  |
| 现参加的基本医疗保险类型         | <input type="checkbox"/> 职工医保 <input type="checkbox"/> 城镇居民医保 <input type="checkbox"/> 新型农村合作医疗 <input type="checkbox"/> 城乡居民基本医保 <input type="checkbox"/> 其他(请说明) |        |      |                   |  |
| 转出地社会保险经办机构信息        |  |        |      |                   |  |
| 机构名称                 |  |        | 联系电话 |                   | 行政区划代码 <sup>②</sup>                                      |
| 机构地址                 |  |        |      | 邮政编码              |  |
| 申请人信息(若参保人办理, 则不需填写) |  |        |      |                   |  |
| 姓名                   |  | 公民身份号码 |      | 与参保人关系            | 联系电话   |
| 联系地址                 |  |        |      | 邮政编码              |  |

申请人(签字):

申请时间:    年    月    日

注: ①已进行户籍改革的地区, 选填居民; 尚未进行户籍改革的地区, 选填农业或非农业。

②根据人力资源社会保障部制定的各地行政区划代码表填写。

# 基本医疗保险参保(合)凭证

凭证号: (省简称) (统筹区名) 年份 (第\*\*\*\*\*号)

生成日期: 年 月 日

101

| 基本信息          |       |      |             |   |        |
|---------------|-------|------|-------------|---|--------|
| 参保人           | 姓名    |      | 身份证号(社会保障号) |   | 医疗保障编号 |
|               | 户籍所在地 |      |             |   | 户籍类型   |
| 参保信息          |       |      |             |   |        |
| 基本医疗保险类型      |       |      | 转出地         |   |        |
| 参保(合)时间       | 起:    | 年 月  | 其中累计实际缴费月数  | 月 |        |
|               | 止:    | 年 月  |             |   |        |
| 个人账户余额        | (大写)  |      | (小写) ¥      |   |        |
| 转出地社会保险经办机构信息 |       |      |             |   |        |
| 机构名称          | (盖章)  |      |             |   |        |
| 地址            |       |      |             |   |        |
| 行政区划代码        |       | 邮政编码 |             |   |        |
| 联系人           |       | 联系电话 |             |   |        |

填表说明:

①尚未将社会保障号作为职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险参保人唯一识别码的统筹地区填写医疗保险编号。②此表由参保人转出地社会保险经办机构提供。

### 注意事项:

1. 本凭证是根据国家有关规定制发,是参保的权益记录以及申请办理基本医疗保险关系转移接续的重要凭证,请妥善保管。
2. 跨统筹地区流动就业人员,有接收单位的,将此凭证交由单位按照规定办理参保手续。
3. 其他跨统筹地区流动就业人员,应携带此凭证及有效证件在3个月内到指定办理机构办理相关登记手续。
4. 本凭证如不慎遗失,请与出具此凭证的社会保险经办机构联系,申请补办。

人力资源和社会保障部、国家卫生和计划生育委员会监制

### 附件 3

## 基本医疗保险关系转移接续联系函

(此表由转入地社会保险经办机构填写并提供给转出地社会保险经办机构)

编号：(省份简称)(统筹区名)(年份)(第 XXXXXXX 号)

转出地经办机构名称：\_\_\_\_\_

原在你处的参保人员，因流动就业等原因，现申请将其基本医疗保险关系转移至我处。若无不妥，请按相关规定办理转移手续。

| 参保人员信息            |  |                   |                              |        |                              |        |
|-------------------|--|-------------------|------------------------------|--------|------------------------------|--------|
| 姓名                |  | 性别                |                              | 年龄     |                              | 联系电话   |
| 社会保障号<br>(公民身份号码) |  | 户籍类型 <sup>①</sup> | <input type="checkbox"/> 居民  |        |                              |        |
|                   |  |                   | <input type="checkbox"/> 农业  |        | <input type="checkbox"/> 非农业 |        |
|                   |  |                   | <input type="checkbox"/> 台港澳 |        | <input type="checkbox"/> 外籍  |        |
| 现参加的基本医疗保险类型      | <input type="checkbox"/> 职工医保 <input type="checkbox"/> 城镇居民医保 <input type="checkbox"/> 新型农村合作医疗 <input type="checkbox"/> 城乡居民基本医保 <input type="checkbox"/> 其他(请说明) |                   |                              |        |                              |        |
| 是否需要转移个人账户        | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否  |                   |                              |        |                              |        |
| 转入地社会保险经办机构信息     |  |                   |                              |        |                              |        |
| 开户全称              |  |                   |                              | 开户银行行号 |                              |        |
| 开户银行              |  |                   |                              | 银行账号   |                              |        |
| 机构地址              |  |                   |                              | 邮政编码   |                              | 行政区划代码 |

经办人(签章)：\_\_\_\_\_

转入地社会保险经办机构名称(章)：\_\_\_\_\_

联系电话：\_\_\_\_\_

日期： 年 月 日

注：①已进行户籍改革的地区，选填居民；尚未进行户籍改革的地区，选填农业或非农业。

②本函一式两联，一联发给转出地经办机构，一联转入地经办机构留存。

附件 4

## 参保人员基本医疗保险类型变更信息表

(此表由转出地社会保险经办机构提供给转入地社会保险经办机构)

参保人员姓名：                      社会保障号（公民身份号码）：                      性别：

| 序号               | 时间<br>自 年 月至 年 月 | 基本医疗保险类型 | 参保缴费月数<br>小计 | 统筹地区经办机构<br>名称 | 统筹地区经办机构<br>行政区划代码 | 备注 |
|------------------|------------------|----------|--------------|----------------|--------------------|----|
|                  | 1                | 2        | 3            | 4              | 5                  | 6  |
| 1                |                  |          |              |                |                    |    |
| 2                |                  |          |              |                |                    |    |
| 3                |                  |          |              |                |                    |    |
| 4                |                  |          |              |                |                    |    |
| ...              |                  |          |              |                |                    |    |
| 基本医疗保险个人账户实际转出资金 |                  |          | 大写           |                | 小写                 | ¥  |

经办人（签章）：                      联系电话：                      社会保险经办机构（章）：                      日期：                      年                      月                      日

注：1. 时间：按发生变更的时间段先后顺序依次排列，如实填写，如有中断，要分开记录；确保参保人员参保记录的完整和连续。

2. 医疗保障类型：从以下五项中选择填写一项①职工医保；②城镇居民医保；③新农合；④城乡居民基本医保；⑤其他。若填写其他，需在备注说明。

3. 基本医疗保险个人账户实际转出资金是指本次基本医保关系转移时由转出地经办机构划转到转入地经办机构银行账户的参保人员个人账户实际资金。如因转续过程中计息等原因导致个人账户资金与原参保（合）凭证上记录不一致的，以信息表中数据为准。

4. 此表一式两联。转入地、转出地社会保险经办机构分别留存。

