附件 1

启东市医疗保障局证明事项告知承诺制目录清单

序号	证明名称	事项名称	事项类别	设定依据	主管部门	实施层级	实施区域	核查方式	备注
1	死亡证明	基本医疗保险个人账户一次性支取	行政给付	(法律)《中华人民共和国社会保险法》第十四条 (地方性法规)《南通市职工医疗保险办法》 (通政规[2015]4号)第三十六条	医保局	市	全市	信息共享、实地核查、行政协助等	
2	结婚证	产前检查费支付	行政给付	(法律)《中华人民共和国社会保险法》(中华人民共和国主席令第35号)第五十四条 (地方性法规)《江苏省职工生育保险规定》(江苏省人民政府令第94号)第二十三条、第二十七条	医保局	市	全市	信息共享、实地核查、行政协助等	
3	失业登记证	产前检查费支付	行政给付	(法律)《中华人民共和国社会保险法》(中华人民共和国主席令第35号)第五十四条 (地方性法规)《江苏省职工生育保险规定》(江苏省人民政府令第94号)第二十一条、第二十七条	医保局	市	全市	信息共享、实地核查、行政协助等	
4	生育服务证	产前检查费支付	行政给付	(法律)《中华人民共和国社会保险法》(中华人民共和国主席令第35号)第五十四条 (地方性法规)《江苏省职工生育保险规定》(江苏省人民政府令第94号)第二十三条、第二十七条	医保局	市	全市	信息共享、实地核查、行政协助等	
5	出生医学证明	产前检查费支付	行政给付	(法律)《中华人民共和国社会保险法》(中华人民共和国主席令第35号)第五十四条 (地方性法规)《江苏省职工生育保险规定》(江苏省人民政府令第94号)第二十三条	医保局	市	全市	信息共享、实地核查、行政协助等	

附件 2

告 知 书

一、办理的行政事项名称

基本医疗保险个人账户一次性支取

二、证明事项名称

死亡证明

三、证明事项设定依据

1. 《中华人民共和国社会保险法》第十四条规定：个人账户不得提前支取，记账利率不得低于银行定期存款利率，免征利息税。个人死亡的，个人账户余额可以继承。

2. 《南通市职工医疗保险办法》第三十六条规定：参保人员因死亡或其他原因终止医疗保险关系的，用人单位或个人应及时到医疗保险经办机构办理注销手续。死亡人员个人医疗账户计算至死亡当月，死亡后次月至年底的预计入账户资金予以扣减，清算后个人医疗账户有余额的，余额部分可以依法继承。

四、证明提供方式

采用书面承诺替代提交证明材料或者依法提交证明材料。

五、承诺的方式

申请人采用书面承诺方式，应当向启东市医疗保障局提交签名或者盖章后的承诺书原件。

（以下内容为一选一）

1. 本证明事项必须由申请人本人作出承诺，不可代为承

诺。

2. 本证明事项可以由代理人代为承诺。代理人需提交申请人的特别授权材料。

六、承诺的效力

申请人书面承诺已经符合告知的条件、标准、要求，并愿意承担不实承诺的法律责任后，启东市医疗保障局依据书面承诺办理相关事项，不再索要有关证明。

行政决定作出前，申请人有正当理由的，经本机关（单位）同意后可以撤回承诺，重新按原程序办理。

七、承诺的核查

- 1. 免予核查；
- 2. 7 日内在线核查；
- 3. 30 日内现场核查；
- 4. 30 日内协助核查。

八、承诺的公示

- 1. 不予公示
- 2. 承诺书将在启东市医保局微信公众号公示 30 日，接受社会监督。

九、不实承诺的责任

申请人故意隐瞒真实情况，提供虚假承诺办理有关事项的，将依法 终止办理、 责令限期整改、 撤销行政决定、 给予行政处罚；涉嫌犯罪的，依法移送司法机关。因虚假承诺给第三人或者公共利益造成损失的，申请人应当承担相应的赔偿责任。

证明事项告知承诺失信行为信息纳入信用档案，实施诚信管理、联合惩戒。申请人有严重失信行为或曾作出虚假承诺的，在信用修复前不适用告知承诺制。

启东市医疗保障局（公章）

年 月 日

说明：上述带□内容为行政机关勾选事项，行政机关应当在告知前勾选确定。

回 执

本人已阅读上述告知书，选择□提交书面承诺替代证明材料；
□按法律法规或者国务院决定规定提交证明材料。

申请人签名/盖章：_____

代理人签名/盖章：_____

年 月 日

告 知 书

一、办理的行政事项名称

产前检查费支付

二、证明事项名称

1. 结婚证
2. 失业登记证
3. 生育服务证
4. 出生医学证明

三、证明事项设定依据

1. 《中华人民共和国社会保险法》第五十四条规定：用人单位已经缴纳生育保险费的，其职工享受生育保险待遇；职工未就业配偶按照国家规定享受生育医疗费用待遇。所需资金从生育保险基金中支付。

2. 《江苏省职工生育保险规定》第十六条规定：生育保险基金支付的生育的医疗费用包括参加生育保险的职工在妊娠和分娩住院期间，因产前检查、住院分娩或者因生育而引起的流产、引产，所发生的符合生育保险规定的医疗费用。其中，分娩住院期间诊治生育引起的并发症、合并症符合生育保险规定的医疗费用，由生育保险基金支付；其他期间产生的上述费用，按照职工基本医疗保险规定，由职工基本医疗保险基金支付。

3. 《江苏省职工生育保险规定》第二十一条规定：参加生育保险的女职工失业后，在领取失业保险金期间，生育的医疗费用、

一次性营养补助由生育保险基金按照规定支付。

4.《江苏省职工生育保险规定》第二十二条规定：职工异地生育或者实施计划生育手术的医疗费用，按照职工参保地的生育保险待遇标准支付。

5.《江苏省职工生育保险规定》第二十三条规定：下列费用不纳入生育保险基金支付范围：

（一）违反人口和计划生育法律、法规规定，生育或者实施计划生育手术的生育医疗费用、生育津贴和一次性营养补助；

（二）不符合生育保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施范围和支付标准的费用；

（三）应当由基本医疗保险基金支付的费用；

（四）应当由公共卫生或者其他公共服务项目以及按照规定由免费的计划生育技术服务项目负担的费用；

（五）属于医疗事故等，应当由第三人负担的费用；

（六）在国外以及港澳台地区发生的生育医疗费用；

（七）新生儿疾病筛查、护理和医疗的费用；

（八）未经批准在非定点医疗机构就医的生育医疗费用（急诊、抢救的除外）；

（九）国家和省规定的不属于生育保险基金支付的其他费用。

6.《江苏省职工生育保险规定》第二十七条规定：参加生育保险的职工享受生育保险待遇或者职工未就业配偶享受生育的医疗费用待遇，应当到所属统筹地区社会保险经办机构或者其指定的地点办理以下手续：

(一) 选择生育保险定点医疗机构；

(二) 提交本人《身份证》《社会保障卡》《结婚证》原件及复印件、卫生计生行政部门出具的计划生育证明以及医疗机构出具的生育或者计划生育手术医学证明；

(三) 失业女职工提交《就业失业登记证》原件及复印件；

(四) 职工未就业配偶提交《就业失业登记证》或者职工所在单位及其配偶所在村(居)委会出具的未就业证明，以及职工配偶户籍所在地社会保险经办机构或者新型农村合作医疗经办机构出具的参保(合)情况证明；

(五) 所属统筹地区人力资源和社会保障行政部门规定的其他材料。

卫生计生行政部门或者工作机构应当为参加生育保险的职工出具计划生育证明。

四、证明提供方式

采用书面承诺替代提交证明材料或者依法提交证明材料。

五、承诺的方式

申请人采用书面承诺方式，应当向启东市医疗保障局提交签名或者盖章后的承诺书原件。

(以下内容为二选一)

1. 本证明事项必须由申请人本人作出承诺，不可代为承诺。

2. 本证明事项可以由代理人代为承诺。代理人需提交申请人的特别授权材料。

六、承诺的效力

申请人书面承诺已经符合告知的条件、标准、要求，并愿意承担不实承诺的法律责任后，启东市医疗保障局依据书面承诺办理相关事项，不再索要有关证明。

行政决定作出前，申请人有正当理由的，经本机关（单位）同意后可以撤回承诺，重新按原程序办理。

七、承诺的核查

- 1.免于核查；
- 2.7日内在线核查；
- 3.30日内现场核查；
- 4.30日内协助核查。

八、承诺的公示

- 1.不予公示
- 2.承诺书将在启东市医保局微信公众号公示 30 日，接受社会监督。

九、不实承诺的责任

申请人故意隐瞒真实情况，提供虚假承诺办理有关事项的，将依法终止办理、责令限期整改、撤销行政决定、给予行政处罚；涉嫌犯罪的，依法移送司法机关。因虚假承诺给第三人或者公共利益造成损失的，申请人应当承担相应的赔偿责任。证明事项告知承诺失信行为信息纳入信用档案，实施诚信管理、联合惩戒。申请人有严重失信行为或曾作出虚假承诺的，在信用修复前不适用告知承诺制。

启东市医疗保障局（公章）

年 月 日

说明：上述带□内容为行政机关勾选事项，行政机关应当在告知前勾选确定。

回 执

本人已阅读上述告知书，选择□提交书面承诺替代证明材料；
□按法律法规或者国务院决定规定提交证明材料。

申请人签名/盖章：_____

代理人签名/盖章：_____

年 月 日

附件 3

承 诺 书

申请人（自然人）

姓名：_____ 联系方式：_____

证件类型：_____ 证件编号：_____

住址：_____

申请人（法人/非法人组织）

名称：_____ 统一社会信用代码：_____

法定代表人：_____ 联系方式：_____

联系人：_____ 联系方式：_____

住所地：_____

委托代理人

姓名：_____ 联系方式：_____

证件类型：_____ 证件编号：_____

本人（本单位）现作出下列承诺：

1. 已经知晓启东市医疗保障局医疗保险（ 个人账户支取 产前检查费支付）行政事项告知书的全部内容。

2. 符合需由告知书中证明材料证明的（条件、标准、要求）

_____。
_____。（如需现场核查的，请写明现场地址）

- 3.自愿承担不实承诺的法律责任。
- 4.本承诺书中填写的基本信息真实、准确。
- 5.上述承诺是申请人真实的意思表示。

申请人签名/盖章： _____ 委托代理人签名： _____
年 月 日 年 月 日

附件 4

协 查 函

(示范文本)

×× 单位:

现有××(自然人:姓名,身份证号码;法人/非法人组织:名称,统一社会信用代码)向我单位申请办理(□个人账户支取□产前检查费支付)行政事项。

依据_____的规定,办理(□个人账户支取□产前检查费支付)行政事项,申请人需要提供_____等证明材料。现申请人选择证明事项告知承诺方式办理该行政事项,根据国务院办公厅《关于全面推行证明事项和涉企经营许可事项告知承诺制的指导意见》、江苏省政府办公厅《关于全面推行证明事项告知承诺制的实施方案》和《启东市全面推行证明事项告知承诺制工作方案》的要求,请贵单位协助查询下列信息:

1. _____;

2. _____;

.....

共需查询信息__项,请于__日内书面回复查询结果,望予协助为谢!

联系人: _____ 联系方式: _____。

××单位(公章)

年 月 日

附件 5

特别授权委托书

(示范文本)

委托人: 自然人

姓名: _____ 联系方式: _____

证件类型: _____ 证件编号: _____

住址: _____

委托人: (法人/非法人组织)

名称: _____ 统一社会信用代码: _____

法定代表人: _____ 联系方式: _____

联系人: _____ 联系方式: _____

住所地: _____

受委托人

姓名: _____ 联系方式: _____

证件类型: _____ 证件编号: _____

住址: _____

(附身份证复印件)

现委托 ××× 作为我方委托代理人, 办理我方申请 (个人账户支取 产检查费支付) 行政事项。

代理人 ××× 的代理权限为: 特别授权, 包括: 代为提交申

请材料、选择证明提供方式、承诺符合告知条件、撤回承诺、进行陈述申辩、参加听证、撤回办理申请、签收法律文书等与××行政事项有关的需要我方办理的全部事项。

委托人签名/盖章：_____

年 月 日