

镇江市医疗保障局

镇江市卫生健康委员会

镇医保〔2026〕18号

关于进一步做好涉及第三方责任 基本医疗保险基金支付管理的通知

各市医疗保障局、市（区）卫生健康委员会、镇江经开区社发局，
市医保中心各相关科室，各定点医疗机构：

为进一步规范我市基本医疗保险基金支付管理，根据《中华人民共和国社会保险法》《江苏省医疗保障条例》等有关精神，结合我市实际，现就进一步做好我市涉及第三方责任基本医疗保险基金支付管理的有关事项通知如下：

一、涉及第三方责任情形

本通知所称“涉及第三方责任情形”，是指根据相关法律法

规或事实认定，应当由第三方承担全部或部分赔偿责任的情形，包括交通事故、医疗事故、明确存在医疗过错的医疗纠纷、他人侵权等。

二、涉及第三方责任医保基金支付管理各方职责

（一）参保人员及其家属在就医时应尽如实告知义务，须主动、如实向定点医疗机构声明意外伤病原因，不得隐瞒或谎报为“本人意外伤害”，明确是否存在第三方责任人，向医疗机构和医保部门提供第三方责任人的相关信息（如姓名、联系方式、事故认定书等），协助配合相关核查和追偿工作。如参保人已从医保基金报销，后又从第三方获得医疗费用赔偿，参保人有义务退还医保基金已支付的款项。

（二）定点医疗机构应尽首诊询问与记录责任，接诊外伤等明确或可能存在第三方责任的患者时，医务人员须询问受伤原因，并在病历中记录受伤时间、地点、方式、原因，督促患者填报登记相关信息，有条件的医疗机构应在医院信息系统中进行标识（“外伤标识”或“涉及第三方标识”）。对可疑的、患者隐瞒不报的骗保行为，有责任主动向医保部门报告，并配合医保部门的监督检查和案件调查。各定点医疗机构每月 10 日前上报《镇江市定点医疗机构外伤住院信息明细表》（附件 1）、每季度首月 10 号前上报《镇江市定点医疗机构医疗事故（纠纷）信息明细表》（附件 2）至属地医保部门。

(三)各级医保经办机构要做好参保人员及其家属相关责任义务的宣传工作,加强涉及第三方责任基本医疗保险基金的支付管理,对涉及外伤等的费用进行重点审核,结合病历记录、患者承诺书等信息,做好医保基金支付工作。各市医保监管部门要对医疗机构是否履行询问、记录、告知的职责进行监督检查,对参保人骗保、医疗机构协助骗保等违法行为,依法进行行政处罚,并追回基金,情节严重的移送司法机关。

三、涉及第三方责任医保基金支付范围

(一)医疗费用依法应当由明确的、有支付能力的第三方责任人承担的,参保人应直接向第三方责任人索赔医疗费用,如:明确的交通事故,责任方已确定且有赔偿能力;被他人故意伤害,已找到侵权人且其有赔偿能力等情形。

(二)医疗费用依法应当由医保基金支付的,经参保地医保经办机构履行报批手续后,医保经办机构将核准的医疗费用按责任划分确定的比例和医保支付政策予以支付。支付范围严格限定在符合基本医疗保险药品、医用材料、医疗服务项目目录内的费用。超出目录的费用、应由第三方承担的康复、护理、残疾辅助器具等费用,医保基金均不予支付。

四、医保基金支付工作流程

(一)无第三方责任时,医疗机构指导参保人填写《外伤无第三方责任承诺书》(附件3),并履行欺诈骗保后果告知义务,

经定点医疗机构医保办审核通过后进行医保费用结算。

（二）存在第三方责任时，参保人在该定点医疗机构发生的医保费用不予直接结算，需经参保人参保地医保经办机构审批通过后按责任比例予以支付。具体流程如下：

1. 提交申请：参保人或代办人携带有效身份证件或社会保障卡，医疗费用票据原件、费用明细清单、详细病例资料（门急诊病例、出院小结等），相关职能部门出具的有关证明材料（报警回执、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），个人或商业保险等第三方已赔付部分的相关材料，以及医保经办机构要求提供的其他必要材料，至医保经办机构办理支付申请。

2. 受理审核：医保经办机构接收材料申请后，应对材料的完整性、规范性进行初审。如材料不全，一次性告知申请人需要补正的全部内容。材料齐全的，医保经办机构进行审核，核定是否符合医保基金支付条件。

3. 基金支付：经审核符合支付条件的，医保经办机构审批通过后，按责任比例和医保支付政策予以支付，并同步做好登记备案。支付范围应扣除按规定不由医保基金支付的部分。

五、涉及第三方责任医保基金追偿情形

医保经办机构对医保基金支付的费用有权向第三方责任人追偿，并将追回的资金全部返还至医保基金。

（一）医保经办机构按规定支付医疗费用后，有关部门确定了第三方责任的，医保经办机构应当向第三方发出追偿通知书（附件4），要求第三方按照确定的责任比例，依法偿还第三方责任部分的医疗费用。第三方逾期不偿还的，医保经办机构应当依法向人民法院提起诉讼。

（二）参保个人已从第三方处获得医疗费用的，应当主动将医保支付金额中应当由第三方承担的医疗费用退还给基本医疗保险基金。个人隐瞒已经从第三方处获得医疗费用，骗取医保基金的，或个人已从第三方处获得医疗费用，未及时主动将应当由第三方承担的部分退还给基本医疗保险基金，或个人拒不退还的，由医疗保险经办机构向参保个人发出追偿通知书，并依法按照有关规定处理，可以向人民法院提起诉讼。

六、相关要求

各级医保部门要认真落实涉及第三方责任医保基金支付管理要求，加强政策宣传，进一步强化与公安、司法、人社、卫生健康等部门的沟通协作，推进信息互通；卫健部门督促定点医疗机构加强医疗质量安全管理，规范医疗服务行为，督促医疗机构不断提升病历书写与管理水平，同时与医保部门建立协同监管机制，加强信息共享。各级经办机构要规范经办程序，严格医保基金支付范围，并将医疗机构上报信息的执行情况纳入年度绩效评价；各定点医疗机构要加强对医务人员和参保群众的政策宣教，

落实首诊责任，定期上报第三方责任情况，确保医保基金规范使用，切实维护基金安全。

本通知自发布之日起执行。此前规定与本通知不一致的，以本通知为准。国家、省医保局出台新的涉及第三方责任基本医疗保险基金支付政策规定的，按新规定执行。

- 附件：1. 镇江市定点医疗机构外伤住院信息明细表
2. 镇江市定点医疗机构医疗事故（纠纷）信息明细表
3. 镇江市外伤无第三方责任承诺书
4. 镇江市医疗保险基金支付追偿通知书



（此件主动公开）

附件 1

镇江市定点医疗机构外伤住院信息明细表

定点医疗机构名称：_____（公章） _____年____月

序号	科室名称	患者住院号	患者姓名	患者身份证号	联系人	与患者关系 (本人/配偶/ 父母/子女/ 其他)	联系方式	联系地址	入院时间	入院诊断	是否签署无 第三方责任 承诺书	备注
1												
2												
3												
4												
5												

填报人：_____ 审核人：_____ 填报日期：_____年____月____日

填报说明：各定点医疗机构每月 10 号前汇总填写本表报属地医保监管部门。

附件 2

镇江市定点医疗机构医疗事故（纠纷）信息明细表

定点医疗机构名称：_____（公章）_____年第____季度

序号	科室名称	患者 住院号	患者 姓名	患者 身份证号	联系人	与患者关系 （本人/ 配偶/父母/ 子女/其他）	联系方式	联系地址	医疗 总费用	处理结果 （协商/ 调解/诉讼）	文书 编号	备注
1												
2												
3												
4												
5												

填报人：_____审核人：_____填报日期：____年____月____日

填报说明：各定点医疗机构每季度首月 10 号前汇总填写本表报属地医保监管部门。

附件 3

镇江市外伤无第三方责任承诺书

承诺人		身份证号码	
年龄		联系电话	
承诺事项	外伤无第三方责任		
承诺内容： 本人于____年____月____日____时，在____（受伤地点）， 因____ ____（受伤原因）致伤。现 承诺本次伤病与第三方责任或工伤责任无关，如有不符，本人及家属愿意无条件主动退还医保基金，并承担相应法律责任。 温馨提示： 《社会保险法》第八十八条规定，以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取社会保险待遇的，由社会保险行政部门责令退回骗取的社会保险金，处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款，构成犯罪的，依法追究刑事责任。 根据《刑法》第 266 条骗取医保基金按诈骗罪公私财务罪处理。 承诺人签名： 年 月 日			

备注：1.本表现场填写，由承诺人手写签名；2.患者本人无法签字的由其代办人代签，并填写身份证号码和联系方式；3.本表随病历/报销材料一起归档，以备核查。

附件 4

镇江市医疗保险基金支付追偿通知书

_____:

经核查,参保人_____ (身份证号码:_____)
于_____年____月____日发生的意外伤害存在医保基金不予支付的情形。

根据《中华人民共和国社会保险法》第三十条、第四十二条规定,现要求你自收到本通知书之日起 10 日内,依法偿还医疗保险基金支付款项_____元(大写)。逾期不偿还的,我中心将依法追偿,届时因追偿所发生的合理费用及逾期偿还的利息损失等也由你承担。以免诉累,请按时支付上述金额。自发出本通知书之日起,经过 30 日即视为送达。

特此通知!

户名: _____

开户银行: _____

账号: _____

备注: (姓名) 退回医疗保险基金支付款项

_____医疗保险基金管理中心

年 月 日

(联系地址: _____; 联系人: _____; 联系电话: _____)

