# 医保卡结算工作总结(推荐31篇)

来源：网络 作者：枫叶飘零 更新时间：2025-04-15

*医保卡结算工作总结1我于xx年x月xx日加入\*\*\*医保有限公司这个大家庭，在公司领导的正确领导下，认真履行公司员工手册规定的工作职责，较好地完成了本职工作和领导交办的任务。现将xx年来的工作情况总结如下：一、认真履行工作职责，积极参与公司的...*

**医保卡结算工作总结1**

我于xx年x月xx日加入\*\*\*医保有限公司这个大家庭，在公司领导的正确领导下，认真履行公司员工手册规定的工作职责，较好地完成了本职工作和领导交办的任务。现将xx年来的工作情况总结如下：

一、认真履行工作职责，积极参与公司的各项工作

年医保结算人员工作情况

2）积极参与公司的各项工作。在医保结算期间，我严格遵守公司的各项规章制度工作，认真履行岗位职责，工作积极、主动、尽责，严格要求自己，较好地完成了各项工作任务。

3）及时收取各项收入，确保公司各项工作正常开展。我每天严格遵守医保结算制度，保证公司各项收入及时准确完成。

4.严肃执行公司各项规章制度

在工作中，始终以公司制度要求处理每一个员工的言行，不折不扣严格执行公司的相关规定，认真遵守公司的各项规章制度，认真履行岗位职责。

二、严格执行公司的各项规章制度

5、积极参与公司的各项工作

作为医保结算人员，我在工作中始终保持着认真的态度，积极参与公司的各项工作，努力学习相关的医保政策、方针、制度，提高自己的业务水平，积极参加公司各项工作，并与同事一起，认真完成公司下达的各项工作任务，积极参加公司的各项活动。积极参与公司的各项工作，努力为公司的发展献力献策。

6）认真做好领取的各项工作。

7）认真做好领取的各项工作。

8）认真做好公司领取的各项工作。

9、不断学习业务知识，提高业务水平

在这xx年里，我认真学习医保知识、积极参与公司的各项工作，努力学习医保结算知识，虚心请教领导和同事，努力提高自己的业务水平，使自己在思想上、工作上、在业务上都能得到一定的提高。

三、认真履行岗位职责，努力完成各项工作任务

10、认真做好医保结算工作

11、努力学习医保相关知识，认真做好医保结算工作，确保医疗收入及时安全。认真做好医保结算报销工作，保证医疗费用合理。

12、协助做好医保办工作，做到严把医保结算关、按时收取医疗保险金，保证医疗收入及时安全。

13、严格履行岗位职责，按时保证结算各项费用，确保医疗收入及时安全。做到认真执行每一笔报销，及时报表，认真对待每一项工作任务，确保费用的收取及时、准确。

14、做好公司的各项后勤工作。

四、不足之处

15、在思想觉悟方面还需要进一步提高，需要加强对、思想的学习，更加深刻的领会理论和\_\_重要思想的内涵。

16、在工作中做事求条理性，具有很强的责任心和进取心，对待工作认真负责，积极主动，一丝不苟，不管自己的工作多么的平凡，都积极去完成。

总之，通过xx年来的工作，我认识到自己还有很多不足之处，在以后的工作中我会再接再厉，争取做好每一项工作。

**医保卡结算工作总结2**

工作理念：将继续本着“以人为本，服务交通，奉献社会”的办院宗旨，以“三个代表”重要思想、党的xx届五中全会及xx年各级医疗卫生工作会议精神为指引，坚持科学发展观，\*抓基础管理，提高医疗质量，规范医疗活动，完善服务措施，使医院各项工作再上新台阶，力争达到社会和经济效益双丰收。

医院工作计划拟定：紧紧围绕“以病人为中心，以质量为核心，为患者提供安全、温馨的就医环境”的活动主题。进一步解放思想，深化改革，加快医院发展步伐;强化管理、理顺机制，深化医院改革;重点专科建设，拓展业务范围，打造特\*专科;内涵

**医保卡结算工作总结3**

为深入贯彻落实“两不愁三保障”精神，切实解决医保扶贫政策宣传盲区，提升医保扶贫政策知晓率和满意度，做到医保扶贫政策宣传全覆盖，根据《医疗保障局关于加强医保扶贫政策宣传工作的通知》要求，高度重视，采取多种方式“横向到边、纵向到底”不留死角地渗透医保扶贫政策宣传，现将工作开展情况汇报如下。

一、加强组织领导。实行“一把手”负总责，分管领导具体负责，全体成员抓落实的制度，加大对医疗保障扶贫政策宣传工作的组织领导。成立医疗保障扶贫政策宣传工作领导小组，加强工作指导、统筹协调、督促检查，提供有力组织保障。制定《县医疗保障扶贫政策宣传工作实施方案》，认真规划、精心组织、落实责任，为工作的\'顺利开展奠定坚实基础。

二、“互联网+”强宣传。充分利用“官方发布”、“乐享”、“智慧医保”等微信公众号平台，推送“十问十答”、社保卡“一卡通”、城乡居民医保政策要点等最新医保扶贫政策动态，浏览人次达10000余人次。

三、制作本地方言宣传片。与县电视\_合制作本地方言小品“医保政策宣传片”在“特别关注”栏目滚动播放。

四、制作发放宣传资料。将百姓最关心的医保政策要点通过通俗易懂的话语，以漫画、问答等形式制作成服务指南、宣传折页，并按辖区内人口户数发放至各乡镇及各帮扶单位，共计发放20000余份。

五、乡镇及医药机构配合宣传。动员各乡镇及各定点医药机构通过悬挂横幅、张贴“十问十答”海报、发放宣传折页、设置宣传栏、政策培训解读等方式配合医保扶贫政策宣传。

六、培养“宣传员”。借助召开全县村干部培训会、驻村工作组培训会、医疗保障扶贫工作会等契机，培养一批医保政策“宣传员”。

七、组建“宣讲团”。借助“年文化”、“五下乡”、坝坝会、户主会等机会，走村入户点对点、面对面宣传医保政策，达到入户宣传全覆盖，并结合贫困户患者情况入户进行针对性宣传，贫困人员医保政策知晓率显著提升。

**医保卡结算工作总结4**

xx年，我院财务工作在院领导及各科室的支持和帮助下，在相关人员的配合下，紧紧围绕我院年初制定的工作思路和目标，在提高财务服务质量，保证为民服务的``方针下，完成了各项工作任务，取得了一定成绩。现将主要情况汇报如下：

一是通过会计人员月度工作总结，对年度工作进行了全面总结，完成了自己年度工作任务。

二是指导各科室工作人员，用心参加院内外的业务培训，努力提高自己的业务工作潜力。

三是认真做好年度预算，合理安排各项财务指标，为领导经济利益带给有力的数据支持。

四是严格执行领导个人重大事项报告制度，为科室工作人员做好表率。

五是用心参与本院及我院财务工作的审计，加强财务监督管理，保证审计结果的真实可靠。

二、明确工作思路，创新工作方法

一）财务会计工作目标

1、进一步加强财务核算和财务管理，推进会计信息收集、处理和报送工作，为领导决策带给有用的决策信息。

2、进一步加强财务日常监督工作，持续财务公开、透明的工作原则。

3、在日常财务管理中加强与其他部门的沟通与联系，倡导多为领导服务。

二）具体工作

一）认真做好年终决算工作

二）继续抓好固定资产管理工作。

三）加强财务检查及内控管理力度，预防财务风险

四）进一步加强内部审计工作，切实做好内部审计监督工作

三、具体工作

一）进一步加强思想学习和队伍建设，以提高财务管理水平为目标，以加强财务人员职业道德教育为重点，以增强财务人员廉洁自律意识为突破口，增强预算管理水平，提高会计核算水平，促进财务管理水平的提高。

二）加强会计人员的业务知识学习，以此提高财会人员的整体业务潜力，做到“知识不断更新，对外要应对、审计及财政等的各项检查、掌握税收政策及合理应用。在这三个月的工作中使我的业务潜力和工作水平又上了一个新的台阶。

三）进一步加强财务检查及内控管理力度，持续财务工作的完好与不严是对各项工作的检查、评价，为更好地做好以后的工作打下坚实的基础。

四）加强与相关主管部门的沟通与联系工作，透过检查，及时发现违背法规的问题并予以改正，保持与部门的沟通与联系，取得他们的支持与指导。

五）在领导的支持与帮忙下，我先后与相关业务部门的同事进行了友好妥善的处理了相关的工作上的往来款项的收支，同时与银行建立了优良的银企关系、与机构建立了良好的税企关系，并圆满完成了对统计、工商等各部门有关资料的申报。

四、工作不足

一）学习不够。当前，以信息技术为基础的会计软件的应用及理论基础、专业知识、工作方法等不能完全适应新的工作。

二）对针对以上问题，今后的努力方向是：

加强理论学习，进一步提高工作效率。对业务的熟悉，必须透过相关专业知识的学习，虚心请教领导和同事增强分析问题、解决问题的潜力，努力学习，争取在明年取得会计从业资格证书。

综上所述。在过去的三个月中，付出过努力，也得到过回报。我坚持要求自己做到谨慎的对待工作，并在工作中掌握财务人员应掌握的原则。作为财务人员特别需要在制度和人情之间把握好分寸，既不能的触犯规章制度也不能不通世故人情。只有不断的提高业务水平才能使工作更顺利的进行。在即将到来的xx年，我有新的工作计划，也有新的挑战，在今后的工作中，我会做好20\_的计划，争取将各项工作开展得更好。

**医保卡结算工作总结5**

岁月如梭，充实的20xx年过去了。在过去的一年里，我在领导的帮助指导下，在各兄弟科室和同志们的大力支持和积极配合下，顺利地完成了部门交办的各项工作，较好地完成了各项工作任务，努力地达到了群众对人民公仆的基本要求。现将个人工作总结如下：

1、勤学习，苦钻研。全方位提高自身综合素质，为进一步适应医保工作新形势，我一直坚持学中干，干中学，及时掌握国家关于医保工作的有关法律和最新政策，认真把握医保工作新要求。进一步提高自身综合素质，促使自己更好地胜任本职工作。对工作中不能完全把握的地方，积极向同事请教，取长补短。

2、爱工作，热奉献。为了更好的参与到工作中，我牢固树立“为民服务”的工作理念，积极向同事请教如何更好的为群众解答专业知识，如何顺畅的办理各项服务，认真为同事做好各类工作的配合工作。

3、讲操守，重品行。努力维护单位整体形象是一名公务员应有的.职业操守。作为年轻的公务员，我深知心系群众，做好服务工作是树立单位良好形象的重要方式。通过各方面学习，我努力提高服务水平，学习新型服务理念，实时更新自己对服务的理解，完成好群众及单位交办的各项工作。

在今后的工作中，我将发扬成绩，克服不足，进一步强化学习意识，强化职责意识，强化服务意识，以对工作高度负责的精神，脚踏实地，尽职尽责地做好各项工作，树立医疗保障局的新形象。

**医保卡结算工作总结6**

20xx年度我院医保工作在院领导的关怀指导以及各科室密切配合和共同努力下，按照上级指示科学制定工作计划，认真开展各项工作，现将20xx年上半年工作总结如下：

>一、学习与宣传新政策

1、根据上级通知自20xx年1月1日起，原“新型农村合作医疗保险”与原“城镇居民医疗保险”正式合并为“城乡居民医疗保险”，随之一些政策也进行了相应的调整，医保办接到上级下发的政策文件后，分别在1月8日、1月19日、2月28日组织全院医护人员对20xx年城乡居民医保新政策及管理办法进行培训学习，并集中转达了“豫人社医疗【20xx】第18号、洛人社医疗【20xx】第8号，9号，10号，11号、以及洛政办【20xx】第135号文件”的指示精神。

2、执行国家的这项惠民政策，宣传工作是个重要环节。我们在医保办窗口醒目位置制作了20xx年城乡居民医保最新政策的宣传版面，尽可能的方便患者就诊，利用公示栏公布当月参保群众医疗费用的补偿兑付情况，使参保群众切身体会到医保政策看得见，摸得着的实惠，从而转变观念，重新认识新医疗保险政策的优越性。

3、医保办工作人员积极、耐心、细致地向每一位患者宣传和解释城乡居民医疗保险新政策，回答患者提出的各种问题，努力做到不让一位患者带着不满意和疑惑离开，使医保办窗口不但是受理参保群众医疗费用补偿之所，更是宣传医疗保险政策的重要阵地。

>二、医疗费用补偿兑付情况：

1、20xx年上半年，职工医保门诊患者使用医保卡支付1350人次，总费用共计209460元。平均每月34910元。

2、20xx年上半年，城乡居民中农村居民住院补偿1445人次，住院病人费用总额10415669元，次均住院费用7208元，平均住院日：天。补偿金额总计6112691元，人均补偿金额4230元。补偿比，其中按病种路径结算510人，覆盖率。

3、20xx年上半年，职工医保住院补偿94人次，住院总费用567646元，补偿费用376791元，补偿比。城乡居民中城镇居民住院补偿66人次，住院总费用428201元，补偿费用274822元，补偿比。

>三、日常审核督导情况

医保办严格按照城乡居民医保管理办法规定，每月一查房，每季度一督导，一旦发现违规的现象和苗头，责令其立即进行整改。根据我院各科室实际情况制定了《嵩县西关骨科医院医保工作考评细则》对各科室的医保工作每月进行一次综合评定，根据评分，排出名次。20xx年上半年，医保办共审核住院病历1605份，主要目的是在送保险公司审核之前发现并解决问题，在很大程度上减少了保险公司每月医保审核中的扣款，对于保险公司在对我院医保审核中产生的扣款，医保办积极组织复议，尽最大努力为我院挽回损失。如确实属于我院的失误造成的扣款，医保办会通知到相关科室，并提醒该科室在今后工作中汲取教训，进一步提高工作标准，把失误率降低至最低程度。

>四、开展“四查四促”专项行动

为了提升我院医疗保险工作的效率，努力改造就医环境，提高服务质量。我院根据上级指示开展了“四查四促”专项行动，3月29日医院成立“四查四促”专项行动领导小组，领导小组成立后，医保办在医保领域工作中积极开展自查自纠，查找问题并解决问题，建立问题整改台账，督促各科室拿出措施进行整改。20xx年4月7日，上级部门组织检查组对我院医保领域开展“四查四促”专项行动情况进行检查指导，对我们提出了一些宝贵的意见和建议，我院的医保工作整体上得到了上级领导的一致肯定，但从上级的检查情况中也发现了一些问题，比如：医保政策宣传栏设置不标准，中药熏蒸多收中药费用，不合理使用抗生素类药品的问题。

针对以上问题，医保办在接到上级整改通知书后，与办公室及后勤科进行协调，按标准重新制作了医保政策宣传栏，关于中药熏蒸重复收取中药费用的问题，也责成相关科室进行了整改。在使用抗生素类药品问题上，医院组织权威专家和从业人员进行探讨，对抗生素类药品的使用指症进行明确，从而杜绝滥用抗生素现象。

>五、下步工作要点：

1、提高服务质量，优化报销流程。

提升我院医疗保险工作的效率，努力改造就医环境，提高服务质量，随时查找问题，发现问题及时处理，杜绝医疗纠纷的发生。根据实际情况做好意外伤害住院患者的调查核实工作，尽可能做到在院调查，从而使患者出院当时就能享受报销。

2、继续加大审核督导力度，减少扣款。

坚持履行每月查房，每季度督导制度，并根据医保办制定的考评细则对各科室进行评分，及时发现问题，并督促整改，对设计城乡居民医保、职工医保报销的病历及报销手续严格进行审核，最大程度减少保险公司审核扣款。

3、执行医院各项指示，争做优秀科室。

认真学习《李强院长20xx年工作会议上的讲话摘要》完成好上级分配的各项任务，积极开展“学制度、尊流程、依法规”和“讲诚信、塑团队、精医济世为人”活动，耐心为患者服务，树立我嵩县西关骨科医院的良好形象。

**医保卡结算工作总结7**

20xx年我院全体职工紧紧围绕医院办院宗旨，团结奋进，共同努力，不断提高医疗水平，优化医疗环境，改进服务态度，医院社会和经济效益稳步提高，各项工作取得可喜成绩。在医疗保险工作领导小组的领导下，在医保各级工作人员和全体医务人员的积极支持和配合下，我院的医疗保险工作开展顺利，一年来，共接诊医保患者门诊xx人次；住院xx人次。全院医务人员热忱接待医保患者，以精湛的医术、优质的服务、合理的收费赢得患者的认可和好评。全年，医院未因“医保”发生一例纠纷，未接到一起投诉，未出现医疗差错和事故，受到病友们的一致好评。现将20xx年我院医保工作的开展情况作简要总结：

>一、严格执行管理法规，积极接受社会监督：

根据医保政策的调整，今年我院进一步完善和修订了医保管理制度，以适应新的政策。同时，为尽量减少工作中的失误，医保科会同核算科、财务科、质控科、医务科对医保资料实行“五堂会审”，共同核查报账材料，形成核检通报，让医务人员动态掌握相关情况，及时加以整改，以保证医保工作质量。在医保领导小组及医保科的领导下，全体医护人员遵章守法，规范运作，严格执行各项医疗保险管理法规，无违规违法操作现象。处方、病历书写真实、准确、及时、完整，坚持合理治疗、合理检查、合理用药、因病施治；使用或施行目录外药品及诊疗项目时，能履行告知义务，征得患者及家属同意，并签订知情同意书随病历存档；无乱计费，升级收费现象；未出现分解服务次数和分解收费现象；能严格掌握出入院标准，使出入院诊断符合率达98%以上，无挂床住院，无不合理缩短或延长住院床日、无挂床住院、无冒名顶替住院等现象发生。规范市外转诊程序，及时为符合转诊、转院条件的患者办理转诊转院手续，今年转市外就医5人，市外转诊率、药品费用、目录外自费药品均控制在政策规定范围。

为更好地接受社会的监督，我院在门诊和住院部设立了“投诉箱”，公布了举报电话，并及时收集患者意见和建议，不断改进我院医保管理工作。

>二、加强政策法规学习，做好医保知识宣传：

为让医护人员熟悉和了解医保政策法规，以便更全面的服务参保患者，医院利用召开全院职工大会及晨会的时间，多次开展医疗保险知识的学习，及时传达医疗保险新政策新规定。10月8日医保科组织了一次全院职工的医保政策培训，让所有医务人员了解政策，熟悉政策，更好地为参保患者服务。为提高医务人员服务意识，医院还组织了医保政策及规范化服务、处方管理及抗菌药物应用等多次知识的测试，测试成绩均达标。同时，医院及时更新医疗保险知识宣传栏内容，面向职工及患者公示就医流程及主要检查、治疗、药品的收费标准等，方便患者就医；医保保管理人员还经常亲临病房，解答参保患者疑问，让广大参保患者对医疗保险有更充分的认识，在就诊时有更明确的方向。

>三、加强医保定点宣传力度，扩大医院在参保人群中的影响：

为让广大参保人了解我院为医保定点服务单位，认识到我院技术、人才、服务、价格等就诊优势，让参保眼疾患者享受到更为专业的医疗服务，医院利用体检、会议、义诊等机会，发放科普宣传材料，扩大医院对外交流协作及影响，提高医院在医保参保人群中的认同率，以期让更多的参保人接受我院专业、高效、优质的眼科专科服务。

一年来，在市劳动和社会保障局及市医疗保险局的正确领导下，在全院职工的努力下，通过开展上述各项活动，我院医疗保险工作取得一定成绩，社会影响力逐步上升，来院就诊的参保患者越来越多，得到医保管理部门的认可。但医保管理是一项难度大、工作要求细致、政策性强的工作，在取得成绩的同时，有些工作还有待进一步完善。

>计划从以下几个方面开展好医保工作：

一、加强与医保局的联系，严格贯彻执行各项医疗政策法规，按照“定点医疗机构服务协议”操作，加强医务人员医保政策法规的学习培训和考试，及时通报医疗保险新政策，提高服务质量，改善就医环境和服务态度，积极配合医保局的各项工作。

二、进一步充实和健全医院医保管理制度和工作职责，根据需要和医保新法规，设立医保宣传栏，让参保人员能及时了解医保新信息。

三、规范操作运行程序，根据临床需要适当补充一些常用药品或检查设备，尽可能满足患者就医的需要。

四、加大宣传力度，进一步扩大医院对外影响，争取与各县（市）医保局签订服务协议，利用医院人才、服务、价格、技术优势为更多的参保人员提供专业化的眼科医疗服务，并按照有关规定，内部定期组织服务质量检查，发现问题，进行及时有效整改。

五、号召全体职工重视医保工作，积极支持医保工作，争创医保“A”级定点医疗机构。

**医保卡结算工作总结8**

医保工作要求遵守国家医疗保险制度的相关规定，具有很强的政策性和社会性，是一项很严肃的工作。现在国家大力推进医疗保险制度改革，鼓励和支持全民全社会参加医疗保险互助救济制度，医保科作为参保人员与各级医保机构沟通和联系的桥梁，在医院的运行和发展中具有极其重要的作用。

>一、基本情况

一年来，在医保科各位老师的指导和帮助下，我对医保科的工作有了一定的了解。工作上，认真履行岗位职责，严格要求自己，始终把工作的重点放在严谨、细致、扎实上；以制度、纪律规范自己的一切言行，严格遵守各项规章制度，谦虚主动接受各位老师的意见，不断提高自身素质，较好地完成了工作。现将工作情况作总结如下：

（一）不断加强学习，努力提高自己的工作能力。

一是跟随医保科的几位老师认真学习了医疗保险相关的政策、法规。

刚开始到医保科的时候，当有病人来询问时，我感到非常的苦恼，感觉自己帮不上什么忙。他们咨询的问题和学校里学过的医疗保险知识差异性很大，书本上的知识是定性的，但是实际问题是多样性的，每一个省市地区都有自己的相关规定。在老师的帮助和指导下我翻看的了大量医疗保险制度相关的文件，当老师向病人解释时，我认真的做记录、不停的总结和记忆，对日常咨询事宜有了一定了解，也知道了怎样解释了，病人咨询时不再是一问三不知。

二是参加科室的例会听取他们在日常工作中碰到的问题及其解决方法，理解和记忆各级医保局对参保人员使用血液制品、白蛋白、材料审批的规定。

三是尽可能地向科室内政策理解透彻、业务能力强的老师学习，努力丰富自己、充实自己、提高自己。同时积极参加科室的各种政策学习交流，通过实践有效地提高了自己的工作能力。

（二）勤奋做事，积极进取，力争做好自己的工作。

一年来，我认真做好老师分配的每一项工作，耐心的为咨询病人解答他们的疑问、为特殊门诊病人和异地就医人员登记和查询相关信息、为外出购药人员审核处方并加盖外购章、按时到门诊急诊收费室和住院部拿取医保证，帮助老师按规定复印介绍信分类分发到会计手中，使住院费用及时结算清楚送到收费科结账处，协助老师报销城关区特殊门诊病人的药费及其他诊疗化验检查费，帮助各位老师简化服务流程，在不违反医保政策的前提下，使病人尽可能的少跑路，能解决的就解决，使各项工作规范、有效的开展。

（三）认真核对医保项目。

近一个月来，把医院的诊疗、化验、检查、手术等项目和市医保局的诊疗、化验、检查、手术等项目进行对照，看是否有归类错误的项目，若有及时进行标记，对归类错误的项目取消对照并修改后重新对照；看是否有医院项目与医保项目无法对照的项目，对无法进行对照的项目进行标记，查找不能对照的项目是否因为是字符长还是其他原因造成的不能对照，发现后及时取消对照。

>二、工作中存在的不足

在工作中，自我要求不够严格，有时对有难度的工作，有畏难情绪，对医保的部分政策还理解不够透彻，又是给病人解释时解释的不够透彻和明晰。在做部分工作时，不够仔细认真，对工作的正常开展造成了一定的影响。

在今后的工作中，还需要进一步的努力，不断加强学习，努力提高工作水平和综合素质，克服畏难心理，强化职责意识，强化服务意识，以对工作高度负责的精神，脚踏实地，尽职尽责地做好各项工作，认真履行岗位职责，严格更加出色的完成好各项工作任务。坚持做到为参保患者提供优质服务，维护参保人员的切身利益。为营造全社会关注医保、参加医保的良好氛围。

**医保卡结算工作总结9**

过去的一年，我们医保处全体人员认真学习文件精神，紧紧围绕服务宗旨，创新廉洁意识，结合我科实际情况，以优质的服务赢得患者的高度赞誉。

>一、全心全意做好本职工作

20xx年，科室共报销新农合病人4999人，报销额约543万，菏泽市职工300人，报销额约160万，菏泽市居民xx人，报销额约7600元，牡丹区职工545人，报销额约224万，牡丹区居民292人，报销额约51万，各类医保优抚126人，报销额21万。

>二、努力提高服务礼仪素养

以精心管理为手段，以精心服务为宗旨，以精湛技术为保障，以精英队伍为根本，高质量、高水平地搞好服务，让服务对象充分感受到“关注、尊重、方便、诚信、温馨”的人性化服务，始终有到家的温暖，实现由满意服务到感动服务的提升。

>三、高度重视“两好一满意”服务品牌的创立

科室深入贯彻“两好一满意”活动的各项规定，建立一系列“两好一满意”活动的文化氛围，如：

服务理念：“以患者为中心、以质量为核心”；

服务宗旨：“全心全意为患者服务”；

工作目标：精益求精、遵纪守法、爱岗敬业、团结协作、共同提高。

新的一年，我们将从以下几个方面做好工作：

>一、做好医保政策宣传

医保各项政策规定较细，报销手续相对繁琐，医保处全体人员熟练掌握报销流程，准确理解医保政策，并利用宣传页、温馨提示等向医务人员和患者做好宣传，科室人员还深入病房，在稽查病人的同时向病人及亲属宣传医保政策，使病人详细了解医保知识，及时登记报销。

>二、及时调整工作重点，狠抓内部管理。

把握好医保准入关，办理住院手续时，首诊医生必须认真核实人，证，卡是否一致，医保办人员及时核实，发现冒名顶替及挂床现象严肃处理，拒付报销费用。把握好医保统筹费用关，合理检查，合理用药，合理治疗，对出院带药，超范围检查和用药，超出费用按医院规定由科室和个人承担。对收费项目不清或将不报销项目开成报销项目的罚款到科室。

>三、充分发挥医保办在医院管理工作中的作用

发挥在医保管理中的协调作用，医保办处于“医、保、患”三方的焦点位置，一手托三家，即要维护三方利益，又要协调三方关系，医保办总是处于焦点之中，一个问题往往涉及多个方面，医保办牵头协调，理顺关系。发挥医保管理工作中监督指导作用，医保工作政策性强，医务人员在为参保病人服务时，一切医疗活动要在医保政策的范围下进行，否则就要触碰“医保高压线”、造成医保违规，医保办会定期不定期巡视督查，及时发现及时处理，做到防患于未然。方寸小世界，人生大舞台！在医保科这个小小的办公室里，我们用努力的工作实现着我们自己的人生价值，默默的为医院的发展做出我们自己的贡献！

**医保卡结算工作总结10**

我院医疗保险工作在院领导的领导下，在全院职工关心支持下和各临床科室积极配合下，通过医保科职工的共同努力，顺利的开展了各项工作，现总结如下：

>一、已完成工作

1、20xx年与我院签署定点医院协议的行政部门有：

1）1月份与榆林市新型农村合作医疗办公室签订医疗服务协议。

2）3月份与神木市医保中心签订医疗服务协议。

3）5月份与神木市新型农村合作医疗办公室签订医疗服务协议。

4）榆林市工商保险服务中心。

5）神木市民政局。

6）铁岭市城镇职工医保中心未重新签署的，都延续之前的协议。

2、认真学习宣传各险种的各项政策规定，并贯彻执行。实时更新合疗政策宣传栏；定期公示补偿信息表；每月底给榆林市医保、合疗等各部门办公室上传报表。每月去合疗办公室报送报销资料。快递邮寄病历38份（含85份病历）

3、定期到临床科室了解合疗管理情况，帮助解决合疗工作中存在的问题，减少不必要的损失。季度统计各科室收治合疗患者的费用情况并做分析，按时发放至各科室，让各临床科室都能了解、掌握合疗患者的费用情况，及时做出调整。

4、汇总季度各科室收治的合疗患者人数给与奖励，对于违反政策的个人及科室给与处罚，并将季度奖罚汇总表交由经营办发放。

5、医保、合疗运行情况

1）合疗：上半年（1—5月份）共报付合疗患者247人次，（包含神木县患者162人次）住院总金额共计695377。49元。住院补偿金额498754。6元，申请合疗基金515275元。合疗基金结余16120。41元。人均住院费用2815。29元，住院实际补偿率为74%。合疗患者平均住院日为5。3天。药占比为15。5%，自费药占比为10。8%。单病种执行率90。4%。各项指标均达到合疗政策要求，在榆林、神木两市合疗办的\'多次督察中均受到好评。暂无门诊慢病与大病补助。

2）医保：（榆林）

门诊：门诊目前已累计刷卡97人次，总金额20\_7。74元。

住院：报出12例患者。住院总金额为51098。5元，医保垫付38934。68元，患者自负12163。82元。

3）民政：共报付9人次，医疗费用33662。97元，民政补助4035。41元。

4）扶贫：共报付精准扶贫人员5人次，总医疗费用14359。69元，报销金额1318。22元，报销比例达92%。

>二、正在进行工作与不足之处

1、跟未结款的各县合疗办催要合疗补偿款。

2、我院1月份已经被批准成为鄂尔多斯医保局定点医院，但由于网络原因一直开通不了，现正准备签署协议

3、匹配上传鄂尔多斯医保三大目录，且已与鄂尔多斯医保局网络对接成功，准备试运行。

4、陕西省社保卡读写设备已经接入，由于社保卡一直未放发，暂未运行。

>三、努力方向

1、进一步加强医保、合疗政策的学习和宣传，严把审核关，提高医保管理的科学性与技巧性，更好的为患者为临床服务。

2、进一步密切和医保、各合疗办的联系，及时互通信息，保持良好的工作关系。

3、加强与各临床科室的沟通，指导各临床科室执行好医保、合疗等相关政策，尽力减少因工作不当造成的经济损失。

**医保卡结算工作总结11**

今年以来，在县委县府、县医保局、乡党委政府及乡社保所的坚强领导下，在相关部门关心和支持下，我院按照年初制定的工作计划，认真开展各项工作，严密部署，落实责任，坚持“以病人为中心”，优化服务态度，强化医疗质量，较好地完成了参合农民医疗服务及费用报销等有关事务，现将今年工作情况总结汇报如下：

>一、工作开展情况：

（一）加强宣传，引导农民转变观念，增大影响力。

宣传工作是推行城乡居民合作医疗的首要环节，只有让广大农民把城乡居民合作医疗的政策真正弄懂了，他们才会积极参与和支持。我们在实际工作开展中，注重从多方面、多层次做好宣传工作。

一是加大宣传力度，扩大城乡居民合作医疗的影响力。今年，通过宣传服务车逐村进行宣传，以专版、专题等多种形式先后公告了我乡城乡居民合作医疗工作的开展情况。

二是利用受理补偿中的实例，进行广泛宣传。在参合农民医疗费用补偿过程中，我窗口工作人员积极、耐心、细致地向每一位农民宣传、解释《云阳县城乡合作医疗保险试行办法》的条款和各项管理规定，认真解答参合农民提出的各种问题，努力做到不让一位农民带着不满和疑惑离开，使我院医保服务窗口不但是受理参合农民医疗费用补偿之所，更是宣传城乡居民合作医疗政策的重要阵地。

三是通过组织专题会议、政务公开等多种形式定期对外公布参合农民医疗费用补偿信息和合作医疗基金运行情况，实行阳光操作，让广大参合农民及时了解全乡补偿情况，看到发生在身边的补偿实例，真正感受到城乡居民合作医疗政策带来的看得见、摸得着的实惠，体会到城乡居民合作医疗政策的优越性，从而转变观念，积极、主动参加、支持城乡居民合作医疗。

四是开展对外交流活动，开展对外宣传。我院对相邻乡镇的参合农民也加大宣传，同时为相邻乡镇之间的偏远地方的老百姓提供便利、优质的健康服务，并不断征求外乡参合农民对我乡医保工作提出好的意见和建议，为我们不断改进工作、完善管理办法、提高服务质量提供了借鉴与参考。这些对外宣传和交流工作，也为城乡居民合作医疗工作的进一步开展创造了较好的外部环境。

（二）强化管理，努力为参合农民提供优质服务。

经办机构工作效率好坏、定点医疗机构服务水平高低的直接影响到农民参加城乡居民合作医疗的积极性，我们始终把为参合农民提供优质高效的服务放在工作的重中之重。一方面，我院坚持努力提高医保服务管理水平。在城乡居民合作医疗实施过程中，广大农民最关心的是医疗费用补偿兑现问题。城乡居民合作医疗服务窗口工作人员把“便民、高效、廉洁、规范”的服务宗旨作为行为准则，本着公开、公平、公正的原则，统一政策，严格把关，按规操作，实行一站式服务，截至11月30日，全乡共补偿10521人次，其中住院补偿494人次，补偿金额共计元，通过近四年运转，以户为单位受益面达40％左右。另一方面，我们进一步加强我院医保工作的自查自纠工作，使之不断提高服务质量和水平。为确实提高服务水平，我院组织开展了自查工作，针对医疗收费、服务态度、服务质量等相关情况展开自查，发现问题，及时整改。同时，为及时了解社会各界特别是参合农民对我们工作的意见和建议，在设立了监督、举报、投诉电话的同时，我们还设立了意见箱，广泛了解参合农民对我乡城乡居民合作医疗的意见和建议。截止目前，服务对象投诉率为零，获得了社会的广泛好评，用一流的服务创造了一流的效益。

（三）完善制度、规范行为，确保医保工作运转安全。

公布就医流程、设咨询台（咨询窗口），完善参保对象住院告知手续，方便参保人员就医购药。院内各项医疗保险管理制度健全，相关文书按规范管理。严格执行基本用药目录管理规定，基本用药目录内药品备药率达到协议标准，药品质量合格、安全有效，无假冒伪劣药品销售。公布本院医保政策咨询与投诉电话，热心为参保人员提供咨询服务，妥善处理参保人员投诉。建立健全了财务管理制度，规范报销审核程序，对本院和各村卫生室的各项合作医疗报账报表、票据，逐项审核，验收，院长最后审批把关，形成严格的三级审核程序，确保报销经额、项目准确无误。每月按规定及时上报医保报表和电子版报表，从未拖欠村卫生室报销的费用。定期分析参保人员的医疗及费用情况，及时解决问题，根据情况采取不定期对本院和各村卫生室进行抽查，杜绝违规行为的发生。我院住院部严格掌握参合病人的入院指针，住院病人一人一床，从无医保病人挂床住院，住院病人分不同颜色的住院卡管理，入院24小时内，立即建立病历，完善相关内容。

>二、下一步工作要点：

（一）加强就医、补偿等各项服务的管理，进一步完善定点医疗机构医疗服务的运行管理机制、优化补偿报销工作程序，积极探索科学、合理、简便、易行的管理模式、服务模式，取信于民。

（二）提前谋划，全力以赴，积极配合做好20xx年城乡居民合作医疗参保筹资的各项准备工作，保证医保工作持续、健康、稳步推进。

**医保卡结算工作总结12**

我在县医保局领导班子的坚强领导下，认真贯彻落实科学发展观，立足基层、着眼实际，以落实“民生工程”为核心，全心全意为人民群众提供优质高效的热情服务，为维护单位整体形象、促进各项工作有序进展，作出了个人力所能及的贡献。现总结：

>1、勤学习，苦钻研，全方位提高自身综合素质。

为进一步适应医保工作新形势，这些年来，我一直坚持在学中干、在干中学，及时掌握国家关于医保工作的有关法律法规和最新政策，认真把握县委县政府对医保工作的新要求，积极参加县财政局和医保局组织举办的各类有关会计知识的技能学习和考试、考核、培训，全面把握有关财经纪律和工作制度，进一步提高自身综合素质，促使自己更好地胜任本职工作。对工作中不能完全把握的地方，多向领导请示，多与同事和同行交流探讨，相互取长补短，真正做到在政治上相互信任；在思想上相互交流；在工作上互为支持、互为补充。

>2、爱工作，乐奉献，为参保职工提供热情服务。

在日常工作中，我主要负责城镇职工医保、城镇居民医保、工伤保险等医保结算等日常事务性工作。为进一步规范服务行为，提高服务意识，我牢固树立“社会医保”、“阳光医保”的服务信念。特别是在每年的6、7月份城镇居民医保数据采集期间，经常加班加点，但我毫无怨言。会同同事积极对外宣传推介我县医保工作政策，认真做好调查研究和基础数据采集工作，上门宣传医保政策法规，动员城镇职工积极参保。及时发放各种证、表、卡、册，热情为参保单位和职工办理各种参保手续。在日常工作中，我认真核算各有关医院的报销数据、切实做好各类慢性病的报销工作，定期与财政、银行、医院等单位核对相关数据，确保各项工作顺利完成，获得了领导和同事的好评。

>3、讲操守、重品行，努力维护单位整体形象。

以上是本人近一年来的简要回顾，尽管做了一些工作，但这离组织上的要求和人民群众的期望，仍存在较大差距，我决心今后进一步努力。以上总结，不妥之处，敬请批评指正！

**医保卡结算工作总结13**

医保办20xx年上半年主要完成的工作如下：

>一、日常工作。

1、医保政策咨询、医保信息查询、康复备案、规定病种审批备案等工作。

2、智能审核扣款反馈：整理20xx年10月至20xx年4月份扣款反馈资料，完成20xx年9月至20xx年4月份扣款反馈。

3、整理20xx年4月至20xx年3月智能审核终审扣款数据，扣款清单由各主管医师签字确认，扣款明细上报财务科。

4、住院医嘱审核。

5、完成20xx年1至6月份门诊次均费用的对比统计，并汇报分管领导。

>二、重点工作及存在问题。

1、整理20xx年智能审核新规则以及各类限定适应症的扣款原因，并将相关学习材料发送在院内医保交流群，指导解释相关问题，提醒每个医生认真学习，尽量避免发生扣款。

2、针对冒卡就诊问题：门诊巡查工作常态化开展，主要发现冒卡情况有不同性别的冒卡就诊，有年龄差距很大的冒卡就诊，有农保病人冒用职工医保卡就诊等。冒卡就诊除了违反相关医保基金管理规定以外，主要存在的问题是安全医疗问题，通过一段时间的巡查以及多次组织医务人员学习医保相关政策规定，冒卡现象明显减少。要彻底杜绝冒卡骗保现象，还需要加强日常监管，同时需要各个科室的全面配合，以及对患者做好医保政策宣传。

3、总额预算清算工作：整理并提交20xx年度总额增长的因素分析材料，包括数据的采集、文字材料的整理与提交等，与医保中心交流沟通总额预算的申诉要点。

4、对门诊次均费用做好整理、统计、对比工作，每月对比数据及时向分管领导汇报，次均费用明显超出去年同比的及时提醒，告知注意调整费用结构及控费。

5、DRGs相关工作：

组织全院医生参加浙江省DRG远程视频培训学习，根据会议安排，组织临床各科室和病历质控员提供病例反馈材料，整理汇总反馈资料并上传提交，顺利完成省市DRG项目病例信息反馈工作。

完成20xx年1至4月份DRGS病例按点数付费和按床日付费分析，对存在的问题提出整改措施。

在各个临床科室的配合协作下，完成DRG病例反馈工作。

6、根据浙江省医疗保障局、浙江省卫生健康委关于开展全省定点医疗机构规范使用医保基金自查自纠工作的通知，组织开展自查自纠工作，并对存在的问题认真梳理，分析存在问题的深层次原因，分类施策，完善制度，补齐短板，整改到位。

7、根据杭州市医疗保障管理服务中心关于做好国家医保信息业务贯标工作的要求，在各个临床科室的配合协作下，完成医疗机构、医保医师、医保护士代码数据库信息维护工作，根据医保中心反馈情况完善医保医师、护士数据核对、更新后提交，并完成医疗机构信息系统国家编码的映射，三目录匹配及贯标工作验收等相关工作。

>三、其他工作。

1、积极参加院内组织的各类会议；积极配合完成领导分配的各项工作任务。

2、智能审核反馈过程中发现材料、药品对应错误的及时与相关科室沟通并重新对应。

3、配合完成医疗服务价格改革的相关工作。

>下半年工作计划：

一、完成日常工作。

二、重点工作：

1、总额预算清算进一步反馈申诉工作。

2、冒卡骗保行为的监督管理。

3、智能审核扣款整理、反馈、整改、规范。

4、进一步理解DRGs的政策解读，普及全院医保政策的知晓率，加强医保政策的执行情况监督及指导。

5、配合做好医疗服务价格改革工作。

三、完成领导分配的其他工作。

**医保卡结算工作总结14**

各位领导，各位老师你们好。xx年即将过去，我们后勤部门在医院领导的正确领导和帮助下，在有关兄弟科室大力支持和协助下。我们后勤部门克服了人员少，事情杂等困难，为医院做了大量的工作。也较好的完成了后勤全年各项工作任务，现总结如下：

一、处理突发事件的工作情况

由于医院管线老化和人为等原因，前楼及后楼的下水管线和暖气管线经常有堵塞和管线爆裂等事故的发生。发现情况后，我们会立即组织相关后勤人员进行抢修，能够在最短的时间内把问题处理掉，保障了医疗工作的有序进行。其中就包括了一楼多次棚顶漏水和一楼手术室暖气管

**医保卡结算工作总结15**

我院20xx年度的医保工作在院长的领导下，由业务副院长直接分管、协调我院的医保工作。根据年初与州医保中心签订的协议，我院认真贯彻和落实相关的政策、法规和州医保中心的相关规定，加强督促和检查，认真做好医保工作，让就诊患者明明白白消费，切实保障广大参保人员待遇，促进社会保障和卫生事业的共同发展。现将20xx年度我院的医保工作总结如下：

>一、 管理工作

1、在分管副院长的直接领导下，设医保办公室对院内医保政策、法规的执行情况进行督促检查，配合各医保中心做好服务管理工作。

2、建立健全了医保工作管理制度，医疗工作制度和相关工作制度，建立首诊负责制度，转科、转院制度等相关的核心制度。建立精神科临床路径，以科学化的临床路径管理入院患者的治疗、康复工作。建立一日清单制度，让住院患者明白自己每一天的治疗情况、费用支出情况。但由于我院住院患者的特殊性，清单患者不易保管，所以我院根据患者及家属的需要提供一日清单或汇总清单，对于此制度的执行情况得到患者及家属的理解，全年无此类投诉发生。

3、经常深入门诊、收费室及各临床科室督促检查收费情况和对医保政策的执行情况，对用药是否合理、检查是否合理、治疗项目是否合理进行检查，发现问题及时纠正和处理。对住院的参保人员，坚持不使用超出目录范围的药物，如果病情特殊需要使用的，必须向患者或者家属说明情况，得到患者和家属的同意并签字确认后方能使用。与患者家属无法未得联系的，因病情需要使用特殊的治疗、药物的，科室向医务科、医保办报告，得到批准后方可使用。全年未发现有不合理用药、检查、收费的情况，能严格执行医保相关政策。

4、严格执行出、入院标准，认真执行门诊首诊负责制，全年无推诿、拒收病人的情况，无不正当理由将患者转院、出院的情况发生。认真核对就诊患者提供的《社会保障卡》与其身份是否相符，就诊患者是否按规定参保，全年所有住院患者均按实名住院，没有出院冒名住院的情况。

5、全年办理职工医保出院结算xx人次，住院总费用xx万元，医保统筹支付基金xx万元。办理居民医保出院结算xx人次，住院总费用xx万元，医保统筹支付基金xx万元。

6、严格按医保相关政策对职工、居民医保门诊慢性病进行现场报销。

7、严格执行物价政策，全年无发现违反相关价格政策，私立项目收费、分解项目收费、超标准收费的情况。

8、 每月按时做好医保申报表，及时报送相关部门，督促财务人员按时申报兑付医保资金。

>二、宣传工作

1、遵守医院的各项规章制度，及时传达省州有关医保的政策、法规。与中心机房沟通后，将医保相关政策及收费项目、收费价格在电子大屏幕进行公示，由原来的厨窗式公示模式改进到电子化大屏幕公示，及时更新及增减内容，利用公示屏的宣传，主动接受患者及家属的监督，让来就诊和住院的患者、家属明白相关的政策、规定，使患者能够及时了解相关信息，明白我院收费及医保工作管理情况。

2、每月一次组织学习新的医保政策，对州、市及和县医保中心反馈回来的意见进行通报，落实整改。通过通报各科室对医保、新农合政策执行情况所反映出来的问题，有效地制止了医疗费用过快上涨的势头。

3、门诊部设立了导医咨询台，负责指导和帮助患者就诊。并在收费室及住院部醒目位置设立医保意见箱，主动接受患者及家属的监督和投诉，全年共开箱检查12次，未接到与医疗保险相关的投诉。

4、热情接待患者及家属的来访、咨询，认真进行讲解和处理，不能处理的及时向领导汇报协调有关部门给予处理。遇特殊情况时，及时与医保中心取得联系，及时沟通，避免误会，确保问题得到合理、及时的解决，保障患者能得到及时、有效的治疗。

5、深入科室，了解医保政策执行情况，认真听取医务人员及患者的意见，及时分析做好反馈，做好各个环节的协调工作，积极争取更好的优惠政策，更好的为患者服务。

>三、其他工作

1、按时上报上年度职工工资情况，以便州医保中心核定当年的医疗保险缴费基数，并及时申报新进人员及退休职工医疗保险变更情况和办理相关手续。

2、配合州、市医保中心完成临时性的工作，及时将有关部门的文件精神和政策接收、传达并落实。

3、严格执行《xxx人力资源和社会保障局关于进一步完善城镇职工基本医疗保险门诊特殊疾病慢性病管理工作的通知》（xx）［20xx]1５号）规定，及时测试医保收费系统，并于20xx年1月1日开始执行特殊疾病、慢性病即时结算工作。

**医保卡结算工作总结16**

xxxx年，在区委、区政府的领导下，我局按照“核心是精准、关键在落实、确保可持续”的工作要求，以开展“春季整改”、“夏季提升”“秋冬巩固”为主抓手，坚持问题导向，强化责任落实，创新工作举措，优化服务流程，着力解决贫困人口“因病致贫、因病返贫”问题，实现对贫困人口的医疗保障兜底，现就有关情况总结如下：

>一、主要工作

（一）高度重视，强化组织领导和责任落实。

成立局扶贫领导小组，实行“一把手”总负责，分管领导具体抓，各股室负责人具体办，全体工作人员共同参与扶贫的工作机制。制定年度工作计划和方案，进一步细化各项任务分工，定期召开调度会，确保医保扶贫各项任务落到实处。

（二）加强衔接，实现贫困人口应保尽保。

同时加强与财政部门的沟通联系，将建档立卡贫困人口参加城乡居民医保个人缴费财政全额补助资金及时落实到位。建立了与扶贫办、民政局信息共享机制，我局工作人员每月主动联系扶贫、民政部门，及时掌握贫困人员动态便新信息，准确完成了贫困人员参保信息录入登记，并反复比对筛查，对参保错误信息进一步反馈给关部门，做实精准标识。对于新增或减少人员建立参保信息动态管理台账，农村建档立卡人员从年初xxxx人到xx月底xxxx人，贫困人口参加基本医保、大病保险、重大疾病补充医疗险参保率始终保持xxx%。

（三）认真履职，全面落实贫困人员各项医疗保障待遇。

提高了建档立卡贫困人口大病保险补偿比例和贫困慢性病患者年度最高支付限额和报销比例；提高贫困家庭重性精神病救治保障水平，贫困家庭重性精神病患者，享受一个周期（xx天以内）免费住院治疗；对建档立卡贫困患者大病保险报销起付线下降xx%。

全区建立了基本医保、大病保险、重大疾病补充险和医疗助救四道保障线机制，对经四道保障线报销住院费用报销比例达不到xx%的实行财政兜底保障。xxxx年x-xx月，全区建档立卡贫困人员办理住院报销xxxx人次，住院费用万，基本医保支付xxx万元，大病保险支付xxx万元，重大疾病补充保险报销万元，医疗救助万元，财政兜底保障xx万元。

在落实医疗保障待遇的同时，针对部分贫困户报销比例远超百分之九十的问题，我局积极与卫健等单位沟通协调，联合制定《xx区xxxx年健康扶贫实施方案》，明确了贫困户住院费用报销比例控制在xx%的适度要求，并于今年x月份在我市医保系统“一站式”结算软件上予以调整，确保贫困户住院报销比例稳定在xx%左右。

（四）优化医疗费用报销结算服务

一是在区内的公立医疗机构实行“先诊疗、后付费”一站式结算基础上，通过积极协调、争取支持，率先在包括x市中心人民医院、井冈山大学附属医院在内的全市所有三级公立医疗机构实行了贫困人员“先诊疗、后付费”一站式结算；二是我局进一步简化了零星医药费报销经办手续，在区便民服务中心设立“健康扶贫窗口”，实行五道保障线“一窗式”受理及限时办结制；三是在乡镇卫生院及街道社区卫生服务中心纳入门诊特殊病种定点医院，同时对符合条件的贫困村卫生室纳入门诊统筹定点单位，开通了门诊医药费用刷卡结算，方便了贫困人员门诊就医报销。

（五）简化门诊特殊病性病种证办理流程

开通绿色申报通道，经与定点医疗机构协商后，实行工作日在定点医疗机构随来随审，对符合准入条件的直接发证；对申报恶性肿瘤、器官移植抗排异治疗及尿毒症三种一类特殊慢性病种的取消医疗专家评审，凭相关医学证明材料直接在区行政审批局医保窗口登记发证；组织工作人员开展“大走访”，对符合申报条件贫困人员、五类人员慢病患者集中在定点医院进行体检，办理了门诊特殊慢性病种证，确保符合条件的.门诊特殊慢性病患者及时办证到位，不落一人。

（六）加强政策宣传，提升医保惠民政策知晓率。

一是通过在电视台和网络媒体大力宣传医保扶贫、特殊门诊、一站式结算等政策，发放宣传资料、设立政策宣传栏等形式营造出浓厚宣伟氛围。二是开展赠药下乡活动，深入贫困村贫困户家中走访慰问，大力宣传医保惠民政策。三是与扶贫办联合开展了二期政策培训班，对各村第一书记、帮扶干部进行医保政策宣讲，为贫困户患者就诊报销提供政策导航。

（七）开展打击欺诈骗保，严查不合理医疗费用支出。

为减轻贫困患者个人负担，确保基金安全运行，我局进一步加大了对定点医院医药费用的查处力度，在全区定点医药机构深入开展了打击欺诈骗保专项治理行动，组成二个检查小组，根据日常监管情况，结合智能审核监控系统数据分析对比，通过抽查病历、询问医生、回访病人、核对药品进销存台帐、夜查患者在院情况等方式，对全区xxx家定点医药机构进行全覆盖检查。针对检查出的问题，采取约谈、通报、拒付医保基金、扣除违约金、暂停医保服务、解除服务协议以及行政处罚等多种方式进行严肃处理，对欺诈骗保行为起到了有力震慑作用。

截至目前，全区检查定点医药机构xxx家，追回或拒付医保基金万余元；扣除违约金万元，行政处罚万元；暂停定点医药机构医保服务协议五家，解除定点服务协议x家。

>二、xxxx年工作打算

一是全面落实中央、省、市和区医保扶贫工作要求，重点解决“两不愁三保障”中基本医疗保障面临的突出问题，落实对特殊贫困人口的各项保障措施，实现贫困人口基本医疗保障全覆盖，确保各项目标任务实现。

二是进一步加强与扶贫、财政部门沟通对接，及时掌握贫困户动态变更信息，及时在医保信息系统完成变更，确保贫困户xxx%参保。

三是加强贫困户医药费用报销信息监测，深入定点医疗机构、镇村贫困户家中开展调研走访，及时发现和解决出现的问题，确保医药用各项报销政策落实到位。

四是进一步加大政策宣传及业务培训力度，面向定点医疗机构、基层人社及帮扶干部、第一书记举办医疗保障健康扶贫政策培训班，提高基层经办服务能力。

五是持续深入开展打击欺诈骗保工作，确保基金安全运行。

**医保卡结算工作总结17**

xx县医保中心：

20xx年，我店在社保中心的正确领导下，认真贯彻执行医保定点药店法律法规，切实加强对医保定点药店工作的管理，规范其操作行为，努力保障参保人员的合法权益，在有效遏制违规现象等方面带了好头。现将年度执行情况总结如下：

一、在店堂内醒目处悬挂“医疗定点零售药店”标牌。

二、在店堂显著位置悬挂《药品经营许可证》、《营业执照》以及从业人员的执业证明。

三、我店已通过省药监局《药品经营质量管理规范GSP》认证，并按要求建立健全了药品质量管理领导小组，制定了质量管理制度以及各类管理人员、营业人员的继续教育制度和定期健康检查制度，并建立与此相配套的`档案资料。

四、努力改善服务态度，提高服务质量，药师（质量负责人）坚持在职在岗，为群众选药、购药提供健康咨询服务，营业人员仪表端庄，热情接待顾客，让他们买到安全、放心的药品，使医保定点药店成为面向社会的文明窗口。

五、自觉遏制、杜绝“以药换药”、“以物代药”等不正之风，规范医保定点经营行为，全年未发生违纪违法经营现象。

六、我药店未向任何单位和个人提供经营柜台。销售处方药时凭处方销售，且经本店药师审核后方可调配和销售，同时审核、调配、销售人员均在处方上签字，处方按规定保存备查。

七、严格执行国家、省、市药品销售价格，参保人员购药时，无论选择何种支付方式，我店均实行同价。

八、尊重和服从市社保管理机构的领导，每次均能准时出席社保组织的学习和召开的会议，并及时将上级精神贯彻传达到每一个员工，保证会议精神的落实。

综上所述，20xx年，我店在市社保处的正确领导监督下，医保定点工作取得一点成绩，但距要求还须继续认真做好。20xx年，我店将不辜负上级的希望，抓好药品质量，杜绝假冒伪劣药品和不正之风，做好参保人员药品的供应工作，为我县医疗保险事业的健康发展作出更大的贡献。

**医保卡结算工作总结18**

我们医院医保科及全院员工以服务于广大的参保患者为宗旨，团结合作共同努力，贯彻落实执行深圳市社会保障局有关医保的新政策，圆满的完成了全年的医疗保险工作，现就这一年的工作做如下总结：

>一、配备优秀人员，建立完善制度

1、医疗保险工作的宗旨就是服务于广大的参保患者，为广大的参保人员服务不应成为一句空洞的口号，在具体工作中需要有一支敬业、奉献、廉洁、高效、乐于为参保患者服务的工作队伍。

院领导为了保证基本医疗参保人员在我院就诊的质量、方便患者就医、保证医保管理部门与医保患者和医疗科室之间的联系特别指定各科主任及负责人为医疗保险联络员，并制定医疗保险患者住院一览表。根据医疗保险信用等级评定标准的要求书记兼副院长孟醒为医疗保险分管院长，每月组织医保科和全院相关人员召开一次医疗保险会议，并带领医保科人员联同医保科长薛毓杰每周对患者进行一次查房。

2、我院现有大型设备如、彩超、24小时心电监测、X光机等都符合国家标准并达到省内领先，保证了诊疗的准确性。认真执行大型设备检查申请批准制度。

3、20xx年我们医保科组织医保培训每季度1次，每季度组织考核1次。

>二、认真完成工作任务

20xx年我们医保科按医保公司及医院的要求认真工作，诚心为患者服务圆满的完成了各项工作，20xx年我院共收住院医保患者x人次，医疗费用总计xx。

>三、树立良好的服务理念，诚信待患

为了让患者满意在医院，放心在医院，院领导经常组织行风学习与讨论，增强全院医务人员的服务意识，开展了创建患者放心满意医院活动。为了实现就诊公开化、收费合理化的承诺，我院把所有服务内容及收费标准公开，把收费标准及药品价格制成公示板悬挂在门诊大厅两侧。我院还对就诊患者实行首问负责制，每位来院患者问到每一个医务人员都会。院领导及医保科人员经常对住院患者进行探望，询问病情问询对医院的要求及意见。

医院实行了科学化及自动化管理，收费、药局、护士站均使用了微机管理，并上了科学的HISS系统，每天给住院患者提供一日清单，把每天发生的费用情况打印后交到患者手中，各种费用一目了然，免除了患者很多的麻烦和不必要的担心，增加了收费的透明度。

院领导和我们医保科经常深入病房之中监督医生服务质量，杜绝了冒名住院、分解住院及未达标准收治住院、串换药品及诊疗项目、串换医疗服务设施、串换病种、乱收费、分解收费等违法违规行为的发生。患者出院后我们医保科对他们交待报销原则，及时整理账目，按时返还报销金。年底我们对来院就医的医疗保险患者进行服务调查，反馈回信息患者及家属对医院及医保科的工作给予很高的评价，总满意率达到98%以上。

这一年我们医保工作取得了一定的成绩，同时也存在一些问题，但我们深信在新的一年里，在医疗保险公司的大力支持下，院领导的正确领导下，我们一定会把医疗保险这项工作完成的更加出色，造福全市的参保人员。

**医保卡结算工作总结19**

时光转瞬即逝，紧张充实的一年已经过去了。在这一年里，我在这里工作着、学习着，在实践中不断磨练自己的工作能力，使我的业务水平得到很大的提高。这与领导的帮助和大家的支持是密不可分的，在这里我深表感谢!

作为结算员这个岗位，每天就是对着不同的面孔，面带微笑的坐在电脑前机械地重复着一收一付的简单的操作，不需要很高的技术含量，也不必像其它科室的医生要承担性命之托的巨大压力，这或许也是大家眼中的收费工作吧。其实结算员的工作不只是收好钱，保证准确无误就可以了，结算员不仅代表着医院的形象，同时也要时刻维护医院的形象，一个好的收费员会在最短的时间内让病人得到如沐春风的服务，对收费满意，我也为自己明确了新的工作方向和目标：尽量的减少我院的拒付，同时更多的掌握医保政策。为了实现这个方向和目标，我也做了小小的规划，争取在工作中多积累、学习中多思考，发现问题多反馈。

xx年我要更加努力工作：

1、进一步提高服务水平，减少差错，保证服务质量，让病人得到满意，病人的满意就是对我的工作最好的褒奖；

2、认真的学习医保知识，掌握医保政策，按照院内要求配合医保办做好实时刷卡工作的准备工作；

3、严格遵守门诊收费住院收费的各项制度，保证钱证对齐；加强与各个科室的沟通协作，最大限度的利用现有院内资源，服务病人，为医院的发展贡献自己的微薄之力。

最后，我要再次感谢院领导和各位同事在工作和生活中给予我的信任支持和关心帮助，这是对我工作最大的可定和鼓舞，我真诚的表示感谢!在以后工作中的不足之处，恳请领导和同事们给与指正，您的批评与指正是我前进的动力，在此我祝愿我们的医院成为卫生医疗系统中的一个旗帜。

**医保卡结算工作总结20**

我于20\*\*年xx月到医保办公室工作，被分配到医保办实习。在这两个月的实习期里，在各位领导和老师的帮助指导下，我积极参加医保办的各项工作，努力提高自己的各方面素质，基本完成了从学生到医生的转变。

在思想方面。我积极要求进步，认真学习党的各项方针政策，树立和坚持正确的世界观、人生观，用正确的思想引导幼儿。热爱自己的事业，以“病人”为中心，努力为患者提供优质服务。

在工作学习方面。我从未参加过临床实践。在实习前也缺乏对专业知识的重视，不能更深入地学习妇产科专业知识。在这两个月的实习期间，我仍然不断努力，积极参加医院和科室举办的各项活动，不断提高自己的思想觉悟。坚持学以致用，实践相结合，努力提高为服务的本领。

在医疗业务方面。在实习期间我严格遵守医院规定，严格遵守科室制度，按时参加护理查房，熟悉病人病情，能正确回答带教老师提问，规范熟练进行各项基础护理操作及专科护理操作，正确执行医嘱，严格执行三查七对，能规范书写各类护理文书，及时完成交接-班记录，并做好病人出入院评估护理和健康宣教，能做好各科常见病，多发病的护理工作，认真执行无菌操作规程，能做好术前准备指导，并完成术中，术后护理及观察。

在工作中，发现问题能认真分析，及时解决，能熟练进行内，外，妇儿及重症监护等各项护理操作，对各科室的急，危，老，重患者，能迅速熟悉病情并做出应对，在抢救工作中，一丝不苟，有条不紊，得到了患者的信赖和好评，同时，本人积极参加各类病例讨论和学术讲座，不断丰富自己的业务知识，通过学习，对整体护理技术与病房管理知识有了更全面的认识和了解。

通过半年多的实习，本人理论水平和实践水平都有所提高，在今后的工作中，本人将继续努

**医保卡结算工作总结21**

我在医院主要负责的是医保工作，到现在已经有一年时间，时间很短，没有什么成绩可以讲出来，把我这一年的工作所得向大家作出汇报。

1、自20xx年1月1日起我院门诊交易1272笔，住院51人次，结账49人次，在院2人次，住院病人涉及大兴，东城、宣武、朝阳、崇文五个区县，现顺利结算46笔：费用元；未结算3笔：费用元。在已经结算的费用中无拒付发生，医保病人门诊住院数据上传准确，无垃圾数据反馈信息。

2、从1月份开展工作至今院内医保系统运行正常，在4月份由于系统原因导致医保单机不能正常工作，及时的与首信公司联系并将系统修理好，细致的查找问题发生的原因，及时的安装杀毒软件。在xx年先对院内的医保单机及时的进行了13次补丁的更新安装，每次都能够做到在最新更新的第一时间将我院的医保系统进行及时的升级工作。期间在五月份进行医院his系统改造，做好医保门诊住院接口顺利的完成医保病人直接his录入然后导入医保工作计算机的工作。

3、做好与医保中心的上传下达工作，对于工作中出现的问题能够及时的解决。xx年参加市区两级医保中心组织的会议培训6次，在9月23日的实施刷卡培训会上领回读卡器两台，SIM卡机三台，医保卡试用卡一张，实施刷卡工作将在明年初在郊区县展开。

xx年迎接区社保中心检查两次，xx年9月14日区社保中心闫主任一行三人对我院的医保工作从病历质量，物价，收费管理，医保系统使用等几个方面进行了督导检查，肯定了医院的工作同时指出了工作中存在的不足。在检查后根据督导小组提出的问题认真整改，并将整改报告交到区医保中心。xx年10月15号区社保中心对我院的医疗保险情况进行了检查，对医院给员工参加社会保险做出了较高的评价。

4、医保工作是一个繁琐的工作，从药品目录到诊疗目录，再到服务设施目录，每一项都需要认真的考对，感谢所有同事的帮助，是你们的协助才使医保工作顺利开展，xx年对院内员工从医保的政策规定、我院能收治的病人、医保的报销要求、医保中的注意事项等几个方面进行了医保知识的培训。

**医保卡结算工作总结22**

总结今年的工作情况，我们发现今年职工医保工作呈现了以下特点：

>一、窗口医疗费用报销人数急剧增加，医疗费用日趋复杂。

以前每年的5、6月份是窗口医疗费用报销人数比较少的时间段，但近两年来窗口报销的人越来越多，分析其原因：

1、职工医保卡的发放速度慢，导致很多人可以享受医保待遇了，但因没有医保卡只能由参保人员自己垫付来窗口报销；

2、参保人员在异地发生的医疗费用增多。异地安置人员的医疗费用在总医疗费用中占的比重越来越大，因为无法联网结算，只能到窗口报销，加上居住地与我区医保政策不同，使医疗费用审核繁琐而复杂，从而加大了审核难度；

3、近年因外伤引起的医疗费用逐年增多，且情况非常复杂。为严把医保基金的支出关，我们加强对定点医疗机构外伤医疗费用的核查，同时严格审查到窗口报销的外伤医疗费用，多渠道取证，从源头上杜绝医保基金的流失。

>二、定点单位联网结算费用增长快，管理难度加大。

随着参保人员、定点单位的逐年增加，在定点单位发生的医疗费用也成倍增长，医疗费用的审核压力日益加大。医疗费用审核中主要存在以下方面的问题：

1、超量配药、用药不合理的情况存在。

2、定点零售药店在无处方的情况下配售处方药；

3、未严格执行《浙江省基本医疗保险医疗服务项目目录》的相关规定。

针对当前工作中存在的问题，我们将进一步加强对定点医疗机构、零售药店的审核稽查，通过建立考核指标体系和准入退出制度来监督定点单位的医疗服务行为，降低不合理费用的支出；同时探讨新的医疗费用审核和结算方式，比如医疗费用抽样审核和单病种结算办法，从而提高工作效率，合理控制医保基金支出，完善医疗保险管理机制，力争使医保管理和服务水平再上一个新台阶，树立社保经办机构的新形象。

xx年9月，职工医疗保险科共审核医疗费用 414058人次，总医疗费用达万元，其中窗口医疗费用报销615人次，审核医疗费用万元，剔除不符合医保基金支出的费用万元；审核定点单位联网医疗费用413443人次，审核医疗费用万元，剔除定点单位不合理医疗费用万元；拨付定点单位联网医疗费用达3319万元；办理困难群众社会医疗救助40人次，救助费用达万元；收回社会医疗救助券万元；办理各类信访回复18件。

9月份，接群众举报，反映某定点零售药店存在不按处方规定配(售)药品、将非基本医疗保障基金支付范围的费用列入基本医疗保障基金支付范围的问题。为此，劳保局立即成立了专项稽查小组，多方调查取证。通过取证发现该单位多次在没有处方的情况下，将处方药品配售给医保参保人员，并在事后通过私造处方、补处方等伪造医疗文书的手段骗取基本医疗保障基金，情节严重。根据有关规定，劳保局从9月8日起取消该单位医保定点零售药店资格，三年内不得重新申请定点，并追回违规支出的医保基金。为了这是我区打破定点医院、定点药店“终身制”，全面推行医保定点准入、竞争和退出机制之后，对第四家存在严重违规行为的医疗机构亮出“红牌”。

本月职工医疗保险科完成了职工医保相关内容的iso900质量管理体系作业指导书，共15项内容，其中非许可审批权类9项，行政监管类3项和其他权类3项，这是职工医疗保险科推行权利阳光运行机制的重要前提和保证。为了保证《浙江省基本医疗保险、工伤生育保险药品目录》(xx)的顺利实施，职工医疗保险科于9月19、20日会同区劳动保障学会组织了我区区级以下定点医疗机构、定点零售药店医保管理人员业务培训，指导该类人员做好新药品目录的匹配工作，确保新旧目录的平稳过渡。

下一步科室的重点工作是做好新《药品目录》实施的宣传解释工作，并针对定点单位在实施过程的问题及时给予解决；配合市局做好市民卡“一卡通”实施的准备工作，为明年“一卡通”的顺利实施打好基础。

**医保卡结算工作总结23**

时光转瞬即逝，紧张充实的一年已经过去了。在这一年里，我在这里工作着、学习着，在实践中不断磨练自己的工作能力，使我的业务水平得到很大的提高。这与领导的帮助和大家的支持是密不可分的，在这里我深表感谢!

作为结算员这个岗位，每天就是对着不同的面孔，面带微笑的坐在电脑前机械地重复着一收一付的简单的操作，不需要很高的技术含量，也不必像其它科室的医生要承担性命之托的巨大压力，这或许也是大家眼中的收费工作吧。其实结算员的工作不只是收好钱，保证准确无误就可以了，结算员不仅代表着医院的形象，同时也要时刻维护医院的形象，一个好的收费员会在最短的时间内让病人得到如沐春风的服务，对收费满意，我也为自己明确了新的工作方向和目标：尽量的减少我院的拒付，同时更多的掌握医保政策。为了实现这个方向和目标，我也做了小小的规划，争取在工作中多积累、学习中多思考，发现问题多反馈。

\_年我要更加努力工作：

1、进一步提高服务水平，减少差错，保证服务质量，让病人得到满意，病人的满意就是对我的工作最好的褒奖;

2、认真的学习医保知识，掌握医保政策，按照院内要求配合医保办做好实时刷卡工作的准备工作;

3、严格遵守门诊收费住院收费的各项制度，保证钱证对齐;加强与各个科室的沟通协作，最大限度的利用现有院内资源，服务病人，为医院的发展贡献自己的微薄之力。

最后，我要再次感谢院领导和各位同事在工作和生活中给予我的信任支持和关心帮助，这是对我工作最大的可定和鼓舞，我真诚的表示感谢!在以后工作中的不足之处，恳请领导和同事们给与指正，您的批评与指正是我前进的动力，在此我祝愿我们的医院成为卫生医疗系统中的一个旗帜。

**医保卡结算工作总结24**

校医室的工作，得到了学校行政的理解、信任、支持和肯定，得到了全校师生的尊重和配合，也得到了主管校长的许多热心指导和帮助。从而使校医室的各项工作得以顺利开展，改善和加强。取得了较好的成绩。校医室做的工作主要有：

>一、坚持认真工作。

关于校园清洁卫生检查和管理。

1.做了以下工作：

(1)给各年级发放了新制的卫生值周挂牌;

(2)给各班发放了清洁卫生工具;

(3)给各班发放了“关于卫生检查工作的建议和说明”(后贴于校园网)，提出了一个建议五个要求;

(4)明确了责任公区卫生划分，贴出了“操场公区卫生责任划分彩图”

以上工作，从物质上和制度上保证了随后的卫生检查工作的开展。

2.坚持每天全校全面卫生大检查，作记录，打分，公布。

(1)未做好清洁的，及时与该班师生取得联系，提出要求;同时，现场记录扣分原因和扣分;对区域划分有疑问的，及时解释澄清;对其它相关问题进行调解;

(2)对未做好清洁的区域进行复查;

(3)配合有扣分疑问的师生，查阅扣分档案。

>二、关于疾病与伤患治疗

1.坚持每天进行全校疾病晨检和记录。

2.对传染病患者，作晨检记录，疾控记录，提出隔离要求;嘱咐涉及班师生预防性服药。

3.购买消毒灭菌药剂和工具，安排对传染病涉及场所进行消毒灭菌喷药处理。

>三、相关的其它工作。

1.参加了学校要求的.“全校清洁卫生大扫除”的组织、安排和检查工作。

2.根据学校实际需要到批发部购买业务必具之药品、洁厕济、洁厕靴、灭害灵、消毒灭菌济、喷药器等清洁卫生用品。

3.参加并组织由学校安排的，相关单位组办的“卫生安全”宣传活动，向学校领导汇报相关情况。

4.积极开展计划生育工作，认真发放计生药品。

本学期在校领导的大力支持下，顺利而圆满地完成了各项工作，现将工作总结如下：

>一、卫生方面：

(一)上好每节健康教育课。按照教育局和学校的安排，每学期间周一节健康课。教师做到了有教案、有笔记、有备课，学生做到有作业，并按时完成。每节健康课都能按新课的理念完成，做到活泼生动、形式多样，丰富多彩，激发了学生浓厚的学习兴趣，从而到达了提高学生身心健康的教育目的。

(二)每学期定期对全校学生进行一次健康检查活动。建立健康手册，并把检查结果登记在册。然后，对检查结果进行统计分析，发现状况，及时与家长沟通，做到疾病早发现，早诊断、早治疗。对一些学校常见病、多发病的分析结果与上学期进行对照分析，查找原因，寻求最佳解决方案。

(三)根据我校本学期学生中出现的“风疹”病情，有正对性的做好宣传教育工作。利用各班级的多媒体播放有关“风疹”及其他传染病的发病特征、临床症状、传播途径及预防措施。使广大师生对传染病和流行病有了务必的了解和认识，做到了用心预防。并对各班级教室定期用过氧乙酸进行空气消毒，有效的遏制了传染病和流行病的传播和流行。

>二、计划生育方面：

(一)组织了全校育龄妇女参加了市计生协会举办的为全市育龄妇女免费生殖健康普查活动。查后，建立了我校育龄妇女生殖健康档案，到达了为我校育龄妇女妇科疾病早防早治的目的。对发现疾病的妇女进行了跟踪随访服务，减少了并发症的发生，保障了育龄妇女的生殖健康。

(二)确保药具发放及时，并做到跟踪回访，大大减少了我校育龄妇女意外怀孕的机率。使我校育龄妇女在本学期内无一人意外怀孕及流产现象，群众满意率达95%以上，贴合政策生育率达100%。

(三)每年按时为独生子女家庭做独生子女费并及时发放，无漏报现象。完成了区计育办下发的独生子女家庭意外伤害保险服务，减轻了独生子女家庭的后顾之忧。

(四)为我校二位准孕妇女争取了免费孕前优生健康检查服务。做到了为育龄妇女带给优生优育的良好服务。

总之，本学期的工作任务，在广大师生的共同发奋下，得以尽职尽责的完成了。期盼下学期有个良好的开端!

**医保卡结算工作总结25**

一年来，我热衷于本职工作，严格要求自己，摆正工作位置，时刻保持“谦虚”、“谨慎”、“律己”的态度，在领导的关心栽培和同事们的帮助支持下，始终勤奋学习、积极进取，努力提高自己，始终勤奋工作，认真完成任务，履行好岗位职责。现将一年来的学习、工作情况简要总结如下：

>一、严于律己，提高政治思想觉悟。

一年来，始终坚持运用马克思列宁主义的立场、观点和方法论，坚持正确的世界观、人生观、价值观，并用以指导自己的学习、工作和生活实践。热爱祖国、热爱党、热爱社会主义，坚定共产主义信念，与党组织保持高度一致。认真贯彻执行党的路线、方针、政策，工作积极主动，勤奋努力，不畏艰难，尽职尽责，任劳任怨，在平凡的工作岗位上作出力所能及的贡献。

>二、强化理论和业务学习，不断提高自身综合素质。

作为一名医疗保险工作人员，我深深认识到自身工作的重要性，所以只有不断加强学习，积累充实自己，才能锻炼好为人民服务的本领。这一年来，始终坚持一边工作一边学习，不断提高了自身综合素质水平。

>三、努力工作，认真完成工作任务。

一年来，我始终坚持严格要求自己，勤奋努力，时刻牢记全心全意为人民服务的

本DOCX文档由 www.zciku.com/中词库网 生成，海量范文文档任你选，，为你的工作锦上添花,祝你一臂之力！