廊坊市医疗保障局

关于开展2018年度参保职工医疗救助工作的通 知

各参保单位：

按照《廊坊市市本级城镇参保职工医疗救助管理暂行办法》（廊政办〔2002〕18号）文件精神，我局决定对全市范围内参加城镇职工医疗保险、2018参保年度（审核日期在2018年1月1日至2018年12月31日止）经统筹基金报销后个人医疗费用负担过重的参保职工进行医疗救助。现将有关事项通知如下：

一、救助对象

1. 经民政部门批准在2018参保年度内享受城镇居民最低生活保障待遇，个人自负医疗费用2000元以上的；

2. 夫妻双方一方失业并在2018参保年度内享受失业保险待遇，个人自负医疗费用5000元以上的；

3. 参保职工在2018参保年度个人自负医疗费用10000元以上者。

二、救助程序

按照廊坊市政府文件规定，医疗救助按以下程序进行：

1. 参保单位负责通知、组织本单位符合救助的人员或其亲属在廊坊医保网站（www.zhiscity.com）或“廊坊医保”微信公众号上认真填写医疗救助申请，并拍照上传救助人员的身份证正反面、廊坊银行帐号存折（或廊坊银行卡）照片，也可提供本人社会保障卡上的银行账号。

2. 救助人员已故且无法提供本人银行帐号的，由参保单位审核后，在申报阶段向所属医保经办机构提出书面申请，可对其直系亲属予以救助，属于灵活就业人员的可由其直系亲属向所属医保经办机构提出书面申请。

3. 低保和失业人员在提交申请的同时需向市医保中心分别拍照上传身份证、低保证、失业证（失业证第1、11页）和领取最低生活保障金、失业金等相关费用凭证原件和廊坊银行帐号照片（夫妻一方领取失业金且非救助申请人的需另拍照上传结婚证照片）。未提交材料的，或经审核不符合条件的，不享受相应救助政策。

4. 救助申请经市医保中心审核后，在一定时间内向社会公示。

5. 公示结束后，医保经办机构将医疗救助金拨付到救助人员提供的账户中。

三、救助比例

救助实行“分段计算，累加支付”，同时向困难人群侧重：

|  |  |
| --- | --- |
| **起付标准以上个人负担金额** | **救助比例** |
| 0—3万元（含） | 15% |
| 3万元——5万元（含） | 30% |
| 5万元——10万元（含） | 40% |
| 10万元——15万元（含） | 50% |
| 15万元——20万元（含） | 60% |
| 20万元——25万元（含） | 70% |
| 25万元——30万元（含） | 80% |
| 30万元以上 | 90% |

失业人员在原各段救助比例的基础上提高10%；享受低保人员在原各段救助比例的基础上提高20%，最高100%。救助金额不足500元的按500元发放，上不封顶。

四、时间安排

2019年3月1日——2019年3月31日，为网上申报阶段；

2019年4月1日——2019年4月30日，为医保经办机构审核和公示阶段；

2019年5月1日以后为医疗救助金发放阶段。

五、其他事项

1. 第一条提出的2000、5000、10000元，为医疗救助起付线，医保经办机构将对起付线以上的个人负担部分按比例给予救助。

2. 由于救助对象个人原因提供信息不准确，造成救助金无法发放的，由救助对象个人负责。

3. 属于一至六级伤残军人或“突出贡献人员”（省级及省级以上劳模等）的，已享受报销政策，不在本次救助范围。

4. 各参保单位要高度重视救助工作，及时将通知精神传达到每个参保人，并做好组织、审核和上报工作，确保应受救助的参保人享受应有的救助。截至2019年3月31日未申请救助的，将视同自动放弃救助权利，不再给予救助。因救助对象所在单位原因造成不能享受救助的，由该单位负责。

附件：《廊坊市城镇职工医疗保险救助申请表》

廊坊市医疗保障局

2019年2月22日

（此件主动公开）

（联系单位：廊坊市医疗保险管理中心）



微信公众号二维码

附件

廊坊市城镇职工医疗保险救助申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 救助人姓名 |  | 性别 | | |  | | 救助年度 | | 2018.1.1—2018.12.31 | |
| 救助人  身份证号 |  | | | | | | 联系电话  （手机） | |  | |
| 参保单位 |  | | | | | | 参保地 | |  | |
| 救助类型 | 享受城乡  居民最低  生活保障 | |  | 夫妻双方一方  失业并享受失业保险待遇 | | | |  | 个人医疗费  负担超过10000元 |  |
| 申请人姓名 |  | | | | | | 申请人  身份证号 | |  | |
| 开户行名称 |  | | | | | | 开户人姓名 | |  | |
| 银行账号 |  | | | | | | | | | |
| 承诺： | | | | | | | | | | |
| 申请人身份证复印件正面粘贴处 | | | | | | 申请人身份证复印件背面粘贴处 | | | | |
| 用人单位意见：  年 月 日 | | | | | | 医保经办机构意见：  年 月 日 | | | | |

注：①“救助类型”请在后面相关栏目中打“√”；属于享受城镇居民最低生活保障待遇、夫妻双方一方有人失业并享受失业保险待遇的，需提供相关证明材料。

②统筹区内参保人须提供本人廊坊银行卡（或存折）账号及开户行名称;异地安置人员可提供本人其他银行卡（或存折）账号及开户行名称;

③承诺处抄写：本人为XXX的法定继承人，本人承诺此笔费用无继承纠纷，如有虚假自愿承担法律责任。并经用人单位核实盖章，无单位的需提交有继承资格的相关证明。

④本表一式两份，用人单位和医保经办机构各留一份。

廊坊市医疗保障局办公室 2019年2月22日印发