

太原市小店区人民政府办公室文件

小店区政办〔2024〕10号

小店区人民政府办公室 关于印发小店区城乡医疗救助托底保障 实施细则的通知

各乡（镇）人民政府、街道办事处，各有关单位：

《小店区城乡医疗救助托底保障实施细则》已经区政府同意，现印发给你们，请遵照执行。

小店区人民政府办公室

2024年12月27日

办公室

（此件公开发布）

小店区城乡医疗救助托底保障实施细则

第一条 根据《太原市人民政府办公室关于印发太原市健全重特大疾病医疗保险和救助制度实施细则的通知》（并政办发〔2022〕43号）要求，结合我区实际，制定本实施细则。

第二条 强化基本医保、大病保险、医疗救助三重制度综合保障。医疗救助按照“先保险后救助”原则，救助对象按规定实施分类救助，确保困难群众不因罹患重特大疾病影响基本生活，同时避免过度保障。

第三条 完善医疗保障帮扶措施。在全面执行《太原市健全重特大疾病医疗保险和救助制度实施细则》的基础上，建立小店区城乡医疗救助托底保障措施。

第四条 对规范转诊且在省域内定点医疗机构就医的医疗救助对象，经三重制度综合保障后政策范围内个人负担医疗费用仍然较重的给予倾斜救助，救助标准为：低保对象政策范围内个人负担医疗费用超过上年度全省人均可支配收入 15%的，低保边缘家庭成员，纳入乡村振兴部门监测范围的监测对象政策范围内个人负担医疗费用超过上年度全省人均可支配收入 25%的，因病致贫重病患者政策范围内个人负担医疗费用超过上年度全省人均可支配收入 40%的，超额部分按 50%的比例给予医疗救助；低保对象、监测对象年度最高救助限额 6 万元，低保边缘家庭成员、因病致贫重病患者年度最高救助限额 4 万元。

第五条 对相关部门还未认定为医疗救助对象，但因高额医疗费用支出导致家庭基本生活出现严重困难的大病患者，在定点

医疗机构发生的政策范围内医疗费用经基本医保、大病保险和各类补充医疗保险（扣除个人账户金额）、商业保险报销后，扣除社会互助帮困等因素，当年（自然年度）政策范围内个人负担医疗费用在3万元以上，且医疗费用支出大于家庭年收入。支出和收入均以当年（自然年度）分别计算。

支出：住院、门诊慢特病和特药的个人支付医疗费用总和扣减商业保险、临时救助等报销后的费用。

收入：按照直系亲属的家庭总年收入计算，包括工资、养老金等直接收入。注：1、已婚子女的收入不计入家庭收入，但赡养费要计入家庭收入；未婚子女的收入计入家庭收入。2、有抚养费、种地、养殖以及其它收入的一并计入家庭收入。3、不在同一户上的夫妻要提供结婚证，未婚子女提供落户地证明。4、家庭财产包括车辆、房产、公司等。

救助标准为：政策范围内个人负担医疗费用超过上年度全省居民人均可支配收入25%的部分（医保系统已按年度设置起付标准），票据以就诊开始时间为准按自然年度划分，由医疗救助基金按60%的比例给予救助，年度最高救助限额4万元。票据追溯时间自申请之日起三年内，即2025年追溯至2023年，2026年追溯至2024年，2027年追溯至2025年。

第六条 引导并帮助苯丙酮尿症患者申请医疗救助，可引导患者到相应认定部门按规定纳入医疗救助对象范围；未纳入医疗救助对象范围的，根据政策范围内个人负担医疗费用情况，可通过托底保障措施解决。

第七条 实行属地管理。太原市户籍居民在户籍所在地居住的，在本地申请医疗救助。居住地与户籍所在地不一致的，居住

地小店区范围内，且在居住地居住一年以上的可在小店区申请医疗救助。以上情况的参保地需为太原市域内。居住地在小店区范围以外或居住地在小店区范围内居住不满一年的，到本人户籍所在地申请医疗救助。

第八条 救助对象采取虚报、隐瞒、伪造或以其他不正当手段骗取医疗救助基金的，不予批准或停止实施救助；已经发放的，由医疗保障部门全额追缴并处理；涉嫌犯罪的，依法移送有关机关处理。

第九条 本城乡医疗救助托底保障实施细则自2025年1月1日起施行，有效期三年，期间可根据上级政策变动进行完善修订。相关单位要做好与前期医疗救助政策的有效衔接。本实施细则由小店区医疗保障局负责解释。

- 附件：
1. 托底保障依申请救助流程
 2. 小店区城乡医疗救助申请书
 3. 小店区城乡医疗救助倾斜救助申请审批表
 4. 小店区城乡医疗救助入户调查表
 5. 小店区城乡医疗救助家庭情况公示
 6. 小店区城乡医疗救助民主评议评估表
 7. 不符合城乡医疗救助条件书面告知书
 8. 小店区城乡医疗救助金额核定公示
 9. 医疗保险查询申请单附《申请城乡医疗救助倾斜救助医疗费用支出信息表》

附件 1:

托底保障依申请救助流程

一、**书面申请**。申请医疗救助，凭医疗诊断书、医疗费用收据、必要的病史、医疗保险报销证明等向户籍所在地（或符合条件的居住地，下同）乡（镇）人民政府或街道办事处（以下简称乡（镇、街道））委托的村（居）委会或社区居委会（以下简称村社区居委会）提出书面申请，申请书应详实说明申请救助理由、家庭所有成员及生活、收入和家庭财产情况。

二、**乡（镇、街道）、村（社区）审核**。村（社区）接到书面申请后 5 个工作日内组织初审，（申请人须提前向医保经办机构提出医疗保险查询申请，医保经办机构出具《申请城乡医疗救助倾斜救助医疗费用支出信息表》），开始对申请医疗救助的家庭经济状况进行入户调查，村（社区）及时在村（居）务公开栏进行公示，公示期 5 天无异议后报送乡（镇、街道）。乡（镇、街道）对村（社区）报送的材料开展民主评议、进行逐项审核，在 5 个工作日内签署意见报送区医保部门。乡（镇、街道）要认真做好医疗救助对象评估工作，对医疗救助对象的家庭收入、支出等情况进行评估，填写评估表，作为评议、审核审批使用。调查审核的责任主体是乡（镇、街道），受委托的村（社区）协助乡（镇、街道）开展医疗救助申请调查审核工作。

三、**医保部门审核**。区医保部门对乡（镇、街道）报送的材料进行审核，依据医疗救助政策确定救助金额，并在村（社区）

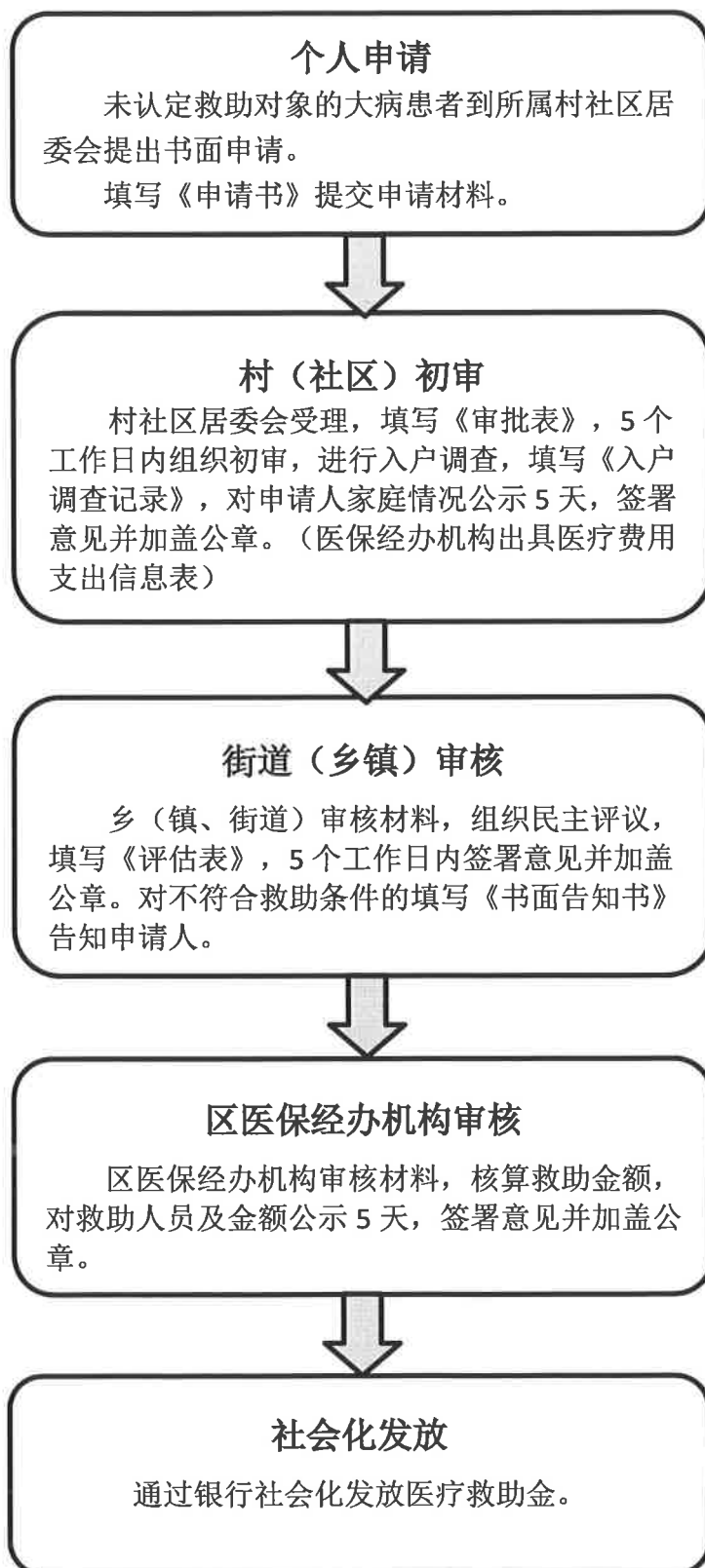
协助下及时在村（社区）公开栏进行公示，公示期为 5 天无异议后，区医保部门按照财政部门申请资金流程申请医疗救助资金，再通过医保“业财一体化”系统将救助资金拨付至个人提供的银行账户。

四、部门协同审核。区医保部门遇到特殊情况，无法审批确定的，可通过部门联席会议集体研究决定。区医保部门牵头，会同民政、财政、卫生健康、农业农村、相关乡（镇、街道）等部门集体研究，通过医疗救助和临时救助等渠道给予解决，确保不因病返贫致贫。

五、个人申请材料：

- 1、红底 1 寸免冠照片 2 张；
- 2、患者本人及家庭成员身份证、户口簿复印件；
- 3、诊断证明原件、出院证原件、病案首页原件、医疗费用正规发票；
- 4、门诊慢特病手册、特药使用申请表的复印件；
- 5、有补充医疗保险、商业保险报销以及其他各类社会互助帮困等救助报销的提供证明材料；
- 6、代理人关系证明（如：户口本、授权委托书等）；
- 7、银行卡复印件（注明开户银行名称、开户姓名）。

托底保障依申请救助流程图



附件 3:

小店区城乡医疗救助倾斜救助申请审批表

申请人		性别		年龄		身份证号		照 片
代理人		代理人关系				身份证号		
开户姓名		开户银行				银行卡号		
家庭人口		病种				联系电话		
户籍地/居住地	街(乡)		社区(村)			参保地		
家庭成员情况								
家庭关系	姓名	年龄	身份证号		身体状况	备注		
申请理由								
<p>本人申请城乡医疗救助倾斜救助,若经各类补充医疗保险、商业保险报销以及其他各类社会帮困等救助报销应如实提供证明材料,承诺所提供的全部信息真实、完整、准确,愿意接受有关部门调查,并自愿承担相应法律责任。</p> <p style="text-align: right;">申请人: (签字手印) 代理人: (签字手印) 日 期:</p>								
医疗救助金额核算								
医疗费用总额		各类已报销费用		政策范围内费用				
起付线		救助比例		救助金额				
社区(村)居委会审查意见 (公章)		街道(乡镇)审核意见 (公章)		区医保中心审批意见 (公章)				
负责人(签字) 年 月 日		负责人(签字) 年 月 日		负责人(签字) 年 月 日				
备注								

本表一式两联,区医保经办机构、街办(乡镇)政府各存档一联。

附件 4

小店区城乡医疗救助入户调查表

申请人		性别		年龄		家庭人口	
身份证号		病种			联系电话		
家庭住址					参保地		
家庭 收入 情况	来源	情况				年收入（元）	
	本人/配偶/父母						
	未婚子女						
	已婚子女赡养费						
	种地/养殖						
	其它						
	合计：						
基本情况：家庭成员信息、治疗情况及生活现状							
财产情况：住房、注册公司、车辆等财产情况							
<p>本人愿意接受村社区居委会、乡（镇、街道）对本人及家庭生活状况、健康（病情）等情况进行调查核实。本人提供的所有资料真实有效，不存在弄虚作假行为，否则自愿放弃接受救助的权利，并依据相关法律法规接受相应处罚。</p> <p style="text-align: right;">申请人：（签字手印） 代理人：（签字手印） 日期：</p>							
调查人员签字：				社区（村）居委会意见：			
				（公章）			
				负责人签字：			
日期：				日期：			

备注：后附入户照片及收入证明材料。

附件 5

小店区城乡医疗救助家庭情况公示

小店区_____乡(镇、街道), _____村(社区), 患者_____提出城乡医疗救助倾斜救助申请。经村社区居委会初审、评议, 同意受理其医疗救助申请。

本次公示期限为 5 天, 自____年__月__日至__年__月__日。期间如有异议可向村社区居委会提出意见。

监督电话: _____。

特此公示

村社区居委会

(公章)

年 月 日

附件 6

小店区城乡医疗救助民主评议评估表

乡镇（街道）人民政府（公章）

年 月 日

会议时间	点 分开会	会议地址			主持人		
	点 分闭会				记录人		
申请人		性别		年龄		家庭人口	
身份证号			病种		联系电话		
家庭住址					参保地		
生活情况简述（医疗费用支出、家庭成员信息、收入及财产情况）							
年收入情况（元）							
本人/配偶		父亲		母亲			
未婚子女		赡养费		种地/养殖			
其它		抚养费		合计			
财产情况（家庭所有成员）							
机动车型		车牌号		价值		元	
注册公司		法人		注册资金		万元	
其它财产		住房	（ ）套（间），（ ）平方米				
基本生活情况							
患者在定点医疗机构发生的政策范围内医疗费用经基本医保、大病保险和各类补充医疗保险、商业保险报销后，扣除社会互助帮困等因素，政策范围内个人负担医疗费用在 3 万元以上，因高额医疗费用支出导致家庭基本生活出现严重困难。							
评估结果：				评议组成员签名：（不少于 5 人）			

备注：后附评议会照片，医疗费用支出信息表

附件 7

不符合城乡医疗救助条件书面告知书

(20) 第 号

申请人_____:

您于__年__月__日提交的城乡医疗救助倾斜救助申请已收悉。经研究,不符合城乡医疗救助政策的以下规定: _____。决定不予受理,特此书面告知。

如对本决定不服,可自收到本决定之日起 60 日内依法提起行政复议,或 6 个月内向人民法院提起诉讼。

乡镇(街道)人民政府

(盖章)

年 月 日

小店区城乡医疗救助金额核定公示

小店区_____乡（镇、街道）_____村（社区）
共计_____人，因患大病支出较大，严重影响家庭基本生活。
经村社区居委会初审、评议，乡（镇、街道）审核，区医保中心按照城乡医疗救助相应政策标准核算，决定给予下列申请人医疗救助：

序号	申请人	救助金额	序号	申请人	救助金额
1			6		
2			7		
3			8		
4			9		
5			10		

公示期为 5 天，期间如有异议，可向小店区医疗保险服务中心反馈情况。

公示起止时间：____年__月__日至____年__月__日。

小店区医疗保险服务中心
(公章)

年 月 日

医疗保险查询申请单

患者：_____，身份证号：_____，于____年
月____日向街道（乡镇）委托的村社区居委会申请医疗救助倾
斜救助，需医保部门查询个人医疗费用支出情况。

社区（村）：_____（公盖）

经 办 人：_____

日 期：_____

申请城乡医疗救助倾斜救助医疗费用支出信息表

姓名	性别	年龄	联系电话	身份证号				
参保地	查询时间段		年	月	日	年	月	日
住院	病种	医疗机构名称		住院次数				
	住院总额	统筹报销金额		大病报销金额	个人自付 医疗费用			
门诊 慢特病	病种	医疗机构名称		慢特病票数				
	慢特病总额	统筹报销金额		大病报销金额	个人自付 医疗费用			
门诊 特药	适应病症	医疗机构名称		特药票数				
	特药总额	统筹报销金额		大病报销金额	个人自付 医疗费用			
合计	医疗费用 总额	统筹报销 总额		大病报销 总额	个人自付 总额			
	政策范围内 自付费用	医疗救助 起付标准		是否达到医疗救助 起付标准	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
备注	1、申请人（代理人）需携带社区（村）出具的《医疗保险查询申请表》和患者身份证进行查询。 2、住院查询需携带诊断证明、出院证、病案首页，慢特病、特药查询需携带大慢病门诊手册。 3、本表用于查询个人医疗费用支出情况，为街道（乡镇）审核是否符合医疗救助条件提供参考。							

医保经办机构（盖章）： _____ 经办人签字： _____ 负责人签字： _____ 填表时间： _____ 年 _____ 月 _____ 日

抄送：市政府办公室、区委办、人大办、政协办，区法院、检察院，区工、青、妇

小店区人民政府办公室

2024年12月27日印
