

# 常德市总工会文件

常工发〔2020〕14号



## 常德市总工会 关于印发《常德市总工会第九期职工医疗互助 活动实施办法》的通知

各区县（市）、常德经济技术开发区总工会，柳叶湖旅游度假区、西湖和西洞庭管理区、桃花源旅游管理区工会工作委员会，市直及中央、省驻常单位工会：

《常德市总工会第九期职工医疗互助活动实施办法》已经市总工会常委会研究通过，现印发给你们，请结合实际认真贯彻执行。



# 常德市总工会

## 第九期职工医疗互助活动实施办法

经常德市总工会常委会研究决定，由常德市职工互助保障会（以下简称互助保障会）在全市范围内组织在职工会会员（以下简称会员）开展职工医疗互助活动（以下简称互助活动），为使互助活动规范有序进行，特制定本办法。

### 第一章 活动范围和条件

**第一条** 凡全市范围内的党政机关、国有企事业单位和社会团体中参加城镇职工医疗保险的在职工会会员（含劳务派遣工、未达法定退休年龄的内部退养人员、市县机构改革及乡镇（街道）区划调整时未达法定退休年龄而办理提前退休手续人员）以及非公企业中参加城镇职工、城乡居民医疗保险，且在该企业连续工作满 1 年以上的在职工会会员，符合本办法第二条规定的，均可参加互助活动。

**第二条** 按本人自愿、所在单位团体申报的原则参与互助活动。申报条件为：单位职工参与率应不低于本单位职工总数的 80%；职工人数低于 30 人的，须全部参加。

**第三条** 申报时应提交以下材料：

1. 《常德市职工医疗互助活动团体申请表》EXCEL 格式的电子文件和纸质表；

2. 《常德市职工医疗互助活动名册》EXCEL 格式的电子文件

和纸质名册；

3. 非公企业参加的需提交 2019 年 6 月至 2020 年 5 月单位工资发放表。

## 第二章 活动期限

**第四条** 第九期职工医疗互助活动时间为 2020 年 7 月 1 日至 2021 年 6 月 30 日。2020 年 5 月至 6 月为互助金统一收缴时间，提前缴纳时间不与前一期交叉承担互助保障责任。凡第八期未参加活动的会员实行一个月免责期（含特殊疾病保障项目），即：保障期从 2020 年 8 月 1 日至 2021 年 6 月 30 日。

## 第三章 保障内容

**第五条** 参加第九期互助活动的会员，可获得以下保障：

1. 住院医疗费补助；
2. 特殊疾病补助；
3. 大病救助；
4. 家属救助。

## 第四章 组织管理

**第六条** 互助保障会履行对互助活动的日常管理职能，其职责是：

1. 组织在职工会会员开展互助活动；
2. 负责互助金的收、管、支，确保资金安全有效；
3. 指导基层单位开展业务；
4. 对互助金收支标准提出调整建议；

5. 负责编制预决算;
6. 完成上级领导交办的其它工作任务。

**第七条** 各区县（市）、常德经济技术开发区总工会及柳叶湖旅游度假区、西湖和西洞庭管理区、桃花源旅游管理区工会工作委员会设互助活动代办点（以下简称代办点），负责所属基层单位的宣传、动员，组织会员参加互助活动，承担互助金收缴、申请对象的初审把关等。

## **第五章 互助金的筹措和管理**

**第八条** 互助金来源:

1. 会员个人缴纳;
2. 工会经费补助;
3. 政府（行政）经费支持;
4. 社会赞助;
5. 利息及其它收入。

**第九条** 参加第九期互助活动的会员按每人每期 70 元的标准缴纳互助金。

**第十条** 互助金由单位工会在接受会员参加活动时统一收取（每人限交一份），再按规定时限上缴各代办点或互助保障会，由互助保障会专户专管。互助金缴纳后，不予退还。

**第十一条** 各单位工会或代办点收取的互助金，应及时上缴互助保障会，同时办理参加互助活动手续。因上缴不及时未能办理相关手续，导致会员不能享受互助保障政策的，由责任

单位负责。

**第十二条** 互助金实行市级统筹、核算。资金主要用于参加活动的职工住院后的医疗费用补助、特殊疾病医疗费补助、大病救助、家属救助。互助活动所需工作经费按分级负责的原则，由同级工会补助。

**第十三条** 互助金专户专款专用，不得挪作它用，并自觉接受审计部门及省、市总工会经费审查委员会的审计监督。

## **第六章 补助、救助办法及标准**

**第十四条** 住院医疗费补助：参加活动的会员，互助期内按照城镇职工医疗保险指定医院住院发生的符合当地社会基本医疗保险支付范围内的医疗费用，基本医疗部分三级医院补助12%、二级医院补助10%、一级医院补助10%，大病段部分补助6%，补助金额最多不超过自付医疗总费用。一个互助期内累计补助不超过5万元。参加城乡居民医保的会员依照参加城镇职工医疗保险会员补助标准执行。

特殊疾病医疗费补助：互助活动期内，女性会员初次发生原发性乳腺癌、子宫内膜癌、宫颈癌、卵巢癌、输卵管癌、阴道癌或男性会员初次发生原发性乳腺癌、阴茎癌、睾丸癌、附睾恶性肿瘤、输精管癌、前列腺癌等病种之一的，可获1万元特病医疗费补助。患上上述病种原位癌的可获5千元特病医疗费补助。

大病救助：指参加活动的会员因患重特大疾病，根据自付

医疗费用总金额可给予 2 千元至 3 万元的救助。自付金额在 2 万元（含 2 万元）至 5 万元以上（不含 5 万元），按 10%的比例救助；5 万元及以上，按 20%的比例救助。最高救助金额不超过 3 万元。

家属救助，指参加活动的会员，互助期内，本人未产生医疗补助，其未参加活动的配偶或未婚子女患重特大疾病，自付医疗费用在 2 万元（未参加基本医疗保险的住院医疗费用达 3 万元）以上，可给予 3 千元医疗救助。

## 第七章 申请和审批支付

**第十五条** 申报：参加医疗互助活动的会员在申请住院医疗费、特殊疾病补助和家属救助时，可通过以下两种方式。一是会员自动申报。关注常德工会微信公众号，进入医疗互助栏目，上传身份证、银行卡，再按照手机提示进行操作，并将申报的纸制资料上交代办点存档备案。二是由代办点直接申报。会员将相关纸制资料交由基层工会向代办点申请办理（市直单位工会会员申请补助时携资料向市职工维权帮扶中心办理）。

审批支付：申报发起后，经市职工维权帮扶中心初审、复核通过，再由市总财务转帐支付。

大病救助办理：第九期互助期满后，根据本实施办法第十四条第三款规定的救助比例计算补助金额，提交市总常委会讨论通过。

申请补助、救助需提供的资料：

1. 住院医疗费补助需提供，会员本人的身份证复印件（加盖基层工会印章）、手机号码、银行卡复印件、出院诊断证明、住院发票原件、住院结算单。

2. 特殊疾病医疗费补助需提供，首次确诊的入院和出院记录、病理切片报告或血液肿瘤标记物检验及含其他科学方法检验报告、身份证复印件（加盖基层工会印章）、银行卡复印件。

3. 大病救助参照申请困难职工帮扶提供资料。

4. 家属救助需提供，证明相互关系的资料复印件、家属住院结算单、住院发票原件、疾病诊断证明，填写《困难职工档案表》并加盖基层工会印章。

大病救助、家属救助资金符合专项帮扶资金使用管理办法的，在专项帮扶资金中列支，不符合的，在本期结余互助金和上级工会下拨的医疗互助活动补助资金中列支。

**第十六条** 参加互助活动的会员因病出院后，需在医院最终出具的医疗住院收费票据之日起 90 个自然日内申请办理医疗补助。逾期未办理者，其互助责权终止。

**第十七条** 各代办点收到参加活动的会员提交的补助申请及纸质材料后，应及时受理，因特殊情况不能及时受理的，最多不超过 2 个工作日。住院费补助须在代办点（县级管理）通过后 7 个工作日内审批完毕，并交财务转账支付；特殊疾病医疗费补助需在 30 个工作日内审批完毕，并交财务转账支付。

## **第八章 责任免除、处罚和奖励**

**第十八条** 发生以下情形之一的，不承担相应的补助责任。

不承担医疗补助责任的情形：

1. 互助期满而治疗还未结束，未按规定期限继续缴纳下期互助金的，超出当期互助期治疗天数的医疗费用，不给予医疗补助；

2. 因工伤、职业病、生育住院的；

3. 洗牙、牙齿美白、正畸、烤瓷牙、种植牙或镶牙等牙齿保健修复；

4. 整容或矫形手术；

5. 醉酒，服用、吸食或注射毒品；

6. 自杀或故意自伤；

7. 犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；

8. 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；

9. 核爆炸、核辐射或核污染；

10. 骗取医疗补助或帮扶的；

11. 自然灾害及不可抗力。

不承担特殊疾病医疗费补助责任的有以下情形：

1. 参加人姓名、身份证等基本信息虚假的；

2. 参加单位或参加人有隐瞒病史、伪造或篡改病史及其它各种欺骗行为的；

3. 冒用他人姓名和资料申请补助的；

4. 采取欺诈手段骗取补助金的其他行为；



5. 参加人因主动吸食或注射毒品、感染艾滋病毒或患艾滋病导致初次发生原发性癌的。

对冒领、超领、骗领互助金的，互助保障会有权予以追回，并依法追究相关责任人责任。

**第十九条** 参加互助活动的会员，中途退出基本医疗保险的，从退出之日起，终止享受职工医疗互助保障。

**第二十条** 医疗机构和参加互助活动的单位、会员有权对违反本办法的行为向互助保障会举报，一经查实，给予举报人奖励，奖励资金从工作经费中列支。

## 第九章 其它

**第二十一条** 参加职工医疗互助活动的会员在一个互助期内发生工作调动的，应在 30 天内告知互助保障会，由互助保障会为其转移、续接互助保障关系，并备案。

**第二十二条** 本办法由常德市职工互助保障会负责解释。

附件：1. 常德市职工医疗互助活动团体申请表

2. 常德市职工医疗互助活动名册

附件 1

## 常德市职工医疗互助活动团体申请表

参加单位编号:

日期:

单位名称					
单位性质	<input type="checkbox"/> 机关 事业 <input type="checkbox"/> 国有企业 <input type="checkbox"/> 非公企业 (打“√”)				
单位 联系人		职 务		电 话	
单位人数		参加人数		参加比例	
单位账户名			单位账户开户行		
单位账户					
金 额		大 写		发票编号	
本单位所有参加医疗互助活动人员均符合《常德市总工会第九期职工医疗互助活动实施办法》规定的范围和条件，如有不符者，医疗互助金不予退还，并不得享受医疗互助活动相关待遇。特此承诺！					
基层工会盖章：					
县级中心初审 意见	(盖章) 年 月 日			初审人签 字：	
市级中心复核 意见	(盖章) 年 月 日			复核人签 字：	

附件 2

## 常德市职工医疗互助活动名册

员工编号	单位名称	姓名	性别	身份证号	家庭住址	联系电话	备注

