

安徽省教科文卫体工会

皖教科文卫体工〔2021〕43号

关于印发《安徽省教科文卫体系统在职职工医疗互助活动实施办法（试行）》的通知

系统各直属单位工会：

《安徽省教科文卫体系统在职职工医疗互助活动实施办法（试行）》（以下简称《实施办法》）已经省教科文卫体工会一届十二次常委会议审议通过，现印发给你们，请结合工作实际，认真贯彻执行。现将有关事项通知如下：

1、广泛宣传发动。职工医疗互助活动是解决职工因病致困问题，减轻职工医疗负担的互助普惠活动，事关在职职工切身利益。各单位工会要加大系统医疗互助活动的宣传引导，确保系统医疗互助政策职工人人知晓，积极踊跃参与。

2、认真组织实施。各单位工会要高度重视，认真组织，把

该项年度职工普惠活动作为党史学习教育活动中“我为职工办实事”服务职工具体举措，落到实处，让系统职工感受到更多的获得感、幸福感。

3、熟悉掌握政策。各单位工会干部要认真学习，熟悉掌握《实施办法》中的相关规定，以及补助的类型、标准、申报材料、时限等要求，认真履行申报程序，审阅各项申报材料，确保申报及时、材料准确。

4、活动实施时间。本期职工医疗互助活动期限为2021年10月1日至2022年9月30日。各单位工会要指定专人负责办理职工参加医疗互助活动相关工作，按照《实施办法》要求和规定时间，准备相关材料，于2021年11月30日前完成报名和缴费工作，逾期视为自动放弃。

联系人：张平平 电话：0551-62777079 15855106678
邮 箱：ahsjygh@sina.com。



安徽省教科文卫体系统在职职工医疗互助活动 实施办法（试行）

根据省总工会部署，现就开展安徽省教科文卫体系统在职职工医疗互助活动（以下简称“医疗互助活动”），制定如下实施办法。

一、参加的范围和对象

1、参加医疗互助活动的范围为：工会组织关系隶属于省教科文卫体工会的基层工会。未缴或欠缴工会经费的基层工会原则上不列入参加范围。

2、参加医疗互助活动的对象为：各基层工会所在单位的在职职工。

二、报名的时间和要求

3、报名时间：每年在规定时间内由基层工会团体一次性向省教科文卫体工会报名（报名须知见附件1），不得分批报名，不受理个人报名，每人限报一份。

（1）单位职工人数在100人（含）以下的，全部参加；

（2）单位职工人数在100人以上的，原则上全部参加；因特殊原因，参加人数不少于90%。

4、报名时应提供以下材料（电子版和纸质版）：

（1）《安徽省教科文卫体系统在职职工医疗互助活动团体报名表》（见附件2），纸质版材料经所在单位工会审核盖章；

(2) 《安徽省教科文卫体系统在职职工医疗互助活动参加人员花名册》(见附件 3, 电子版为 excel 格式), 纸质版材料经所在单位或单位组织人事部门审核盖章。

5、省教科文卫体工会收到完整报名材料后, 在 15 个工作日内完成审核, 并将结果反馈给基层工会。

三、经费的筹集和缴纳

6、医疗互助金每人每年 60 元。其中, 原则上个人缴纳 20 元, 基层工会 20 元; 省教科文卫体工会补助 20 元。

7、基层工会按省教科文卫体工会审核同意的人数、标准, 15 日内将互助金转(存)到指定账户(见附件 1)。

8、互助金缴款后不退款, 期满不返还, 剩余资金结转下年度滚存使用。

四、活动的期限和权利

9、医疗互助活动每期期限为 1 年。因特殊原因延迟报名的(延迟期限原则上不超过 1 个月), 缴费标准、截止日期不变。

10、在医疗互助活动有效期内, 参加活动的职工享有本办法规定的住院护理补助和自付住院医疗费用补助。在有效期内退休、调动的, 补助权益延续到期满为止, 补助申请由报名的基层工会负责办理。

五、补助的类型和标准

11、住院护理补助。经定点医院确诊患病并住院治疗的, 每天补助 30 元, 一个互助活动周期内累计最高补助 60 天。住院当天记入住院天数中, 出院当天不记入住院天数中。

12、住院医疗费用中符合医保政策范围内个人自付部分的补助。互助活动周期内，工会会员在医保定点医院住院，发生符合医保基金支付范围的住院医疗费用，按照“职工基本医疗保险参保人员住院结算单”目录范围内个人自付金额，按以下比例分段累计核算补助费用：

（1）10000 元（含）以下的部分，补助 25%；

（2）10000 元—50000 元（含）的部分，补助 35%；

（3）50000 元—100000 元（含）的部分，补助 40%；

（4）100000 元以上的部分，补助 45%；

（5）在非定点医院住院、医保目录外、门诊就医及工伤、生育、职业病等医疗费用，不计入个人自付范围，不享受本办法规定的补助；

（6）因意外造成伤害应由第三方责任人承担的医疗费用，不计入个人自付范围，不享受本办法规定的补助。

一个互助活动期内补助金的申请不受次数限制，累计补助总额不超过 5 万元（含住院护理补助）。职工跨年度住院的，按各年度分开核算补助。

13、凡有以下情形之一的，不给予补助，已发放的补助予以追回：

（1）通过伪造、篡改病历文书以及其他各种欺骗、作弊行为或者开具虚假证明的；

（2）在定点医院挂床，但实际并未住院的；

（3）因违法违纪行为导致住院的；

(4) 醉酒、自伤或自残的；

(5) 一般性健康检查、疗养、特别护理、康复性治疗、物理治疗、心理治疗的医疗行为；

(6) 整容、美容、矫形、外科整形手术、变性手术、预防性手术以及因此而引起的并发症；

(7) 省教科文卫体工会认定不宜补助的其他情形。

六、补助的申请和发放

14、职工本人向所在单位工会提出补助申请并提供申请材料，由单位工会每月下旬集中统一申报，省教科文卫体工会受理。

15、申请住院补助应在出院后 30 个工作日内提出；因特殊原因不能按时提出申请的，应在出院后 30 个工作日内由所在基层工会向省教科文卫体工会提出书面报备，说明原因并明确具体申请时间。超过规定时限且未提出书面报备的，一般不给予补助。

省教科文卫体工会审核后，符合补助条件的，按规定给予补助。

16、申请住院护理和住院费用自付部分补助应提供以下材料：

(1) 填写《安徽省教科文卫体系统在职职工医疗互助活动住院护理和个人自付住院医疗费用补助申请表》（见附件 4），并经所在单位工会审核盖章、主席签名；

(2) 患病职工本人身份证（提供复印件）；

(3) 出院小结、诊断证明、职工基本医疗保险参保人员住院结算单等（使用加盖医院印章的复印件）；

(4) 省教科文卫体工会认为需要提供的其他材料。

所在单位工会应对职工提交的身份证、住院结算单等申请材料复印件与原件进行严格比对核验，原件电子扫描件随申请材料一并提交省教科文卫体工会。

17、省教科文卫体工会收到完整有效的申请材料后，一般在30个工作日内完成审核，并将补助款转入职工个人帐户。

七、活动的实施和管理

18、医疗互助活动由省教科文卫体工会统一组织管理，各基层工会实行主席负责制，指定专人负责，做好服务工作，分头抓好落实。

19、省教科文卫体工会确保活动资金专款专用。当期结余结转下期滚动使用，不足部分由省教科文卫体工会全额补贴。互助资金一年一结、一年一清，并向省教科文卫体工会常委会、经审会报告，通过一定方式公布互助资金收支情况，接受基层工会和广大职工监督。

20、医疗互助活动资金收支情况接受财政、审计部门和省总工会的审计审查。

21、本《实施办法》自印发之日起施行，由省教科文卫体工会负责解释。

附件 1

安徽省教科文卫体系统在职职工 医疗互助活动团体报名和缴款须知

一、团体报名须知

1、报名时间：每年在规定时间内由基层工会团体一次性向省教科文卫体工会报名。正常上班时间均可受理。

2、报名地点：省教科文卫体工会（合肥市政务新区潜山南路 600 号安徽工会大厦 615 室）。

3、材料要求：《团体报名表》、《参加人员花名册》中的项目应填写完整，由工会主席签名，并加盖工会、所在单位或单位组织人事部门章。电子文档与纸质材料一并报送省教科文卫体工会。

4、收到完整材料后，省教科文卫体工会一般在 15 个工作日内完成审核、确认，并通知到基层工会。

二、互助金缴纳须知

1、基层工会严格按省教科文卫体工会审核确认的人数和标准，统一将互助金转入指定帐户，不受理个人转帐。

2、医疗互助帐户：

户 名：安徽省教科文卫体工会委员会

帐 号：1302010119200287384

开户行：中国工商银行合肥四牌楼支行

3、请在缴款凭证上注明“互助金缴费”字样。

附件 2

安徽省教科文卫体系统在职职工 医疗互助活动团体报名表

单位（盖章）：

工会基本情况表	工会名称		职工总数		单位性质	
	通讯地址				邮政编码	
	工会账户名			开户行		
	账 号					
	工会干部	姓 名	党政职务		联系电话	
					手机号码	办公电话
	主 席					
	副主席					
	经审委主任					
报名情况	财务人员					
	报名人数		参加标准		参加金额	
	工会经办人		联系电话	手机号码		
办公电话						
审核情况	以下由省教科文卫体工会填写					
	交款时间		生效时间			
	初审（经办）	复核（财务）		省教科文卫体工会意见		

附件 3

安徽省教科文艺体系统在职职工
医疗互助活动参加人员花名册

单位工会名称（盖章）： 工会主席签名： 组织人事部门（盖章）

序号	姓名	性别	身份证号	职务（职称）	手机号码	备注

附件 4

安徽省教科文卫体系统在职职工医疗互助活动 住院护理和个人自付住院医疗费用补助申请表

工会名称（盖章）：

申 请 人 情 况	姓名： 性别： 身份证号：			
	职务（职称）：			
	疾病 名称：	确诊 医院：	医院 等级：	确诊时间： 年 月 日
	住院时间： 年 月 日至 年 月 日			住院天数 天
	住址：			联系电话：
	本人银行帐号： 开户银行（具体到支行分理处）：			
工 会 工 作 人 员	姓 名： 联系电话：		所 在 工 会 意 见	工 会 主 席（签章）：
以下由省教科文卫体工会填写				
本 次 给 予 补 助 金 额	住 院 护理补助金	元	单次住院自付 医疗补助金	元
	合计（大写）： ￥： 元			
审 核 情 况	初审（经办）：	复核（财务）：		省教科文卫体工会意见：