

常德市总工会文件

常工发〔2018〕6号



常德市总工会 关于印发《常德市总工会第七期职工医疗互助 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工会工作委员会，市直和中央、省驻常企事业单位工会：

《常德市总工会第七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

第七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（一式两份）；
2. 《常德市职工医疗互助活动人员名册》EXCEL格式的电子文件和纸质名册（一式两份）；

3. 非公企业参加的需提交 2017 年 5 月和 2018 年 5 月单位工资发放表。

第二章 活动期限

第四条 第七期职工医疗互助活动时间为 2018 年 7 月 1 日至 2019 年 6 月 30 日。2018 年 5 月—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。凡第六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 2018 年 8 月 1 日至 2019 年 6 月 30 日。

第三章 保障内容

第五条 参加第七期互助活动的会员，可获得以下保障：

1. 住院医疗费补助；
2. 意外伤害（含烧伤）住院费补助；
3. 意外身故补助；
4. 特殊疾病医疗费补助；
5. 医疗救助（含大病救助、身故救助、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 参加第七期互助活动的会员按每人每期 60 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，由责任单位和责任人负责。

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、意外伤害（含烧伤）住院费补助、意外身故补助、特殊疾病医疗费补助。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%、一级医院补助不超过10%，大病段部分补助6%，超共付段部分补助10%。一个互助期内累积补助最高限额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。

意外伤害（含烧伤）住院费补助：对因意外伤害（含它方原因）造成的首次住院者，按住院费总额的10%补助，最高限额5000元。其中，非它方原因造成且纳入基本医疗保险报销范围的，不得享受住院医疗费用补助。

意外身故补助：参加活动的会员，因意外伤害身故或猝死且本人在本互助期内未发生住院医疗费补助的，给予1万元补助。

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、子宫颈癌、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。患上述病种原位癌的可获 5000 元特病医疗费补助。

医疗救助：（1）大病救助，指参加活动的会员因患重特大疾病，根据自付医疗费用金额可给予 3000—20000 元救助。标准为：自付金额在 2 万元（含 2 万元）—3 万元的，给予 3000 元救助；在 3 万元（含 3 万元）—4 万元的，给予 4000 元救助；在 4 万元（含 4 万元）—5 万元的，给予 6000 元救助；在 5 万元（含 5 万元）—6 万元的，给予 10000 元救助；以后自付费用每递增 1 万元，增加 2000 元救助，最高救助金额不超过 20000 元。（2）身故救助，指参加活动的会员因患重特大疾病身故，给予家属 5000 元救助。（3）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 3000 元医疗救助。

医疗救助均在本互助期满后申请办理，符合上述多个救助项目条件的，只能申报其中一项。以上资金符合建档帮扶条件的，在帮扶资金中列支，不符合建档帮扶条件的，在本期结余互助金中列支。

第七章 申请和支付

第十五条 参加互助活动的会员申请补助时，区县（市）、常德经济技术开发区及柳叶湖旅游度假区、西湖和西洞庭管理区管辖范围内的由基层工会向代办点申请，代办点初审后再集中到互助保障会办理；市直范围内的可向基层工会申请统一办理，也可由本人直接到互助保障会办理。

办理住院医疗费补助时需提供资料：《常德市职工医疗互助活动补助申请审批表》一式三联并加盖基层工会印章、会员本人的身份证复印件、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。

办理意外伤害（含烧伤）住院费补助时需提供资料：《常德市职工医疗互助活动补助申请审批表》一式三联并加盖基层工会印章、身份证复印件、手机号码、入院记录和出院记录、发票原件、银行卡复印件。因交通事故发生意外伤害的需提供交警部门出具的《道路交通事故认定书》。

办理意外身故补助时需提供资料：《常德市职工医疗互助活动（意外身故）补助金申请审批表》一份并加盖基层工会印章、身份证复印件、销户证明、死亡医学证明（推断）书，申请人或受益人银行卡复印件、手机号码、受益人与身故人的关系证明、因交通事故身亡的需提供交警部门出具的《道路交通事故认定书》。

办理特殊疾病医疗费补助时需提供资料：《常德市职工医疗互助活动（特殊疾病）补助金申请审批表》一份并加盖基层工会印章、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、银行卡复印件。

办理医疗救助时需提供资料：（1）办理大病救助，参照申请困难职工帮扶提供资料。（2）办理身故救助需提供，销户证明、死亡医学证明（推断）书，身故者或受益人银行卡复印件、手机

号码、身故者身份证复印件及与受益人关系证明，填写《困难职工档案表》并加盖基层工会印章。（3）办理家属救助需提供，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。

如因特殊原因，由代理人办理以上补助手续，须提供代理人身份证原件和复印件及补助受益人委托书。

第十六条 参加互助活动的会员因病出院后，原则上需在医院（或医保部门）最终出具的医疗费专用收据或结算凭证之日起 90 个自然日内申请办理医疗补助。因特殊原因未能按时办理医疗补助手续的，也应在本互助期内完成办理手续，逾期未办理者，其互助责权终止。

第十七条 各单位工会在接到参加活动的会员提出的补助申请及相关材料后，应及时受理，将符合条件的迅速上报代办点或互助保障会。互助保障会在接到代办点或单位工会初审并加盖公章的申请审批表和相关材料后，住院医疗费补助、意外伤害（含烧伤）住院费补助须在申报后 20 个工作日内审批办理终结，并转账支付。特殊疾病医疗费补助、意外身故补助在 30 个工作日内办理终结。

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. 骗取医疗补助或帮扶的。

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、作伪行为的;

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。

不承担身故补助或意外伤害(含烧伤)住院费补助的情形:

1. 工伤、职业病的;

2. 洗牙、牙齿美白、正畸、烤瓷牙、种植牙或镶牙等牙齿保健修复;

3. 非因意外伤害导致的整容或矫形手术;

4. 产前产后检查、妊娠(含宫外孕)、流产(含人工流产)、分娩(含剖腹产)、避孕、绝育手术、治疗不孕不育症以及上述原因引起的并发症;

5. 酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶或驾驶无有效行驶证机动车的;

6. 醉酒, 服用、吸食或注射毒品;

7. 自杀或故意自伤;

8. 犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施;

9. 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；

10. 核爆炸、核辐射或核污染。

对冒领、超领、骗领互助保障金的，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. 常德市第七期职工医疗互助活动团体申请表

2. 常德市第七期职工医疗互助活动名册

3. 常德市职工医疗互助活动（特殊疾病）补助金申请
审批表

4. 常德市职工医疗互助活动（意外身故）补助金申请
审批表

附件 1

常德市第七期职工医疗互助活动 团体申请表

参加单位编号：

单位名称					
单位性质	☐ 机关 ☐ 事业 ☐ 社会团体 ☐ 国有企业 ☐ 非公企业 ☐ 其他（打“√”）				
单位 联系人		职务		电 话	
				电子邮箱 或 QQ	
参加人数		金额		大写：	
交款时间			发票编号		
本单位所有参加医疗互助活动人员均符合《常德市总工会第七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			审批领导	
				经 办 人	
市级中心 审核意见	（盖章） 年 月 日			审批领导	
				经 办 人	

附件 2

常德市第七期职工医疗互助活动名册

参加单位：

基层工会盖章：

序号	姓 名	性别	身份证号	家庭住址	联系电话	备注
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

附件 3

常德市第七期医疗互助活动（特殊疾病）补助金 申请审批表

单位：

填报日期： 年 月 日

申请人姓名		性 别	
身份证号码		单位及个人编号	
疾病名称		确诊时间	年 月 日
申请人银行卡号		开户行	
家庭住址		联系电话	
基层工会负责人： 经 办 人： 基层工会盖章： 年 月 日		县级中心负责人： 经 办 人： 县级中心盖章： 年 月 日	
市级中心 初审意见	审核人签字： 年 月 日		
市级中心 审定意见	根据第七期职工 医疗互助活动实施办 法第十四条第四款之 规定，同意补助 元整。 （盖章）	分管领导签字： 部门负责人签字： 年 月 日	

附件 4

常德市第七期医疗互助活动（意外身故）补助金 申请审批表

单位： 县（市）

填报日期： 年 月 日

申请人姓名		身份证号码	
家庭住址		申请人与 受益人关系	
受益人 银行卡号		受益人姓名 及开户行	
受益人 身份证号码		联系电话	
身故原因			时间： 年 月 日
基层工会 初审意见	申请金额： 元。 （盖章）		工会主席签字： 经 办 人： 年 月 日
县级中心 复核意见	审核金额： 元。 （盖章）		分管领导签字： 经 办 人： 年 月 日
市级中心 审定意见	该职工于 年 月 日，因 身故。经查：第 七期未发生医疗补助。根据第七期职 工医疗互助活动实施办法第十四条 第三款之规定，同意补助 <u>壹万元整</u> 。 （盖章）		分管领导签字： 部门负责人签字： 经 办 人： 年 月 日

常德市总工会办公室

2018 年 5 月 16 日印发