常德市总工会文件

常工发〔2026〕3号

常德市总工会
关于印发《常德市总工会第十五期职工医疗互助活动实施办法》的通知

各县市区、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，市直及中央、省驻常各单位工会:

《常德市总工会第十五期职工医疗互助活动实施办法》已经市总工会党组会议研究通过，现印发给你们，请结合实际认真贯彻执行。

常德市总工会

2026年11月23日

常德市总工会
第十五期职工医疗互助活动实施办法

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　互助活动的参加对象(以下简称“参加人”)为: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（含合同工、劳务派遣工及其他用工形式），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 6 个月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。

职工退休年龄的界定以相关法律法规为准，以 2026 年 12 月 31 日为时间点。已退休的不作为参加对象。

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：单位职工参与人数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　基层工会申请参加互助活动统一使用湖南省职工医疗互助信息管理系统(https://zghz.hnszgh.org.cn,以下简称“医疗互助系统”)注册账号，待代办点、互助会审核完成后，再登录医疗互助系统根据提示填写信息进行申报。申报时应提交以下材料:

1.《常德市职工医疗互助活动名册》EXCEL 格式的电子文档

和纸质名册（加盖基层工会公章）；

2.非公企业参加的需提交2026年5月至2026年10月单位工资发放表；

3.《职工住院医疗互助费缴费申请单》（登陆医疗互助系统进行填录，提交打印后加盖工会公章）。

第二章　活动期限

第四条　第十五期互助活动时间为一年。自2027年1月1日至2027年12月31日。2026年12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。

第三章　缴费标准

第五条　本期职工住院医疗互助项目的缴费标准为70元/人和100元/人，各基层工会可根据实际情况，选择其中一种缴费标准。

第四章　保障内容

第六条　参加第十五期互助活动的会员，可获得以下保障：

1.职工住院医疗互助项目；

2.特殊疾病保障项目；

3.家属救助保障项目；

4.大病帮扶保障项目。

第五章　组织管理

第七条　互助保障会履行对互助活动的日常管理职能，其职责是：

1.制定互助活动实施方案；

2.组织在职工会会员开展互助活动；

3.指导基层工会开展业务。

第八条 各县市区、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设互助活动代办点（以下简称代办点），负责所属基层工会的宣传、动员，组织会员参加互助活动，承担参加活动时团体申报审核把关、会员申请补助时的初审等。

第六章 互助金的筹措和管理

第九条 互助金来源:

1.会员个人缴纳;

2.工会经费资助;

3.政府（行政）经费支持;

4.社会赞助;

5.利息及其它收入。

第十条 互助金由单位工会在接受会员参加活动时统一组织收缴后（每人限交一份），在2026年12月31日之前存入指定银行账户(户名:常德市职工互助保障会;开户行:中国工商银行常德武陵支行;账号:1908 0702 0980 0025 956)。缴款仅接受公对公银行转账方式。互助金缴纳后，不予退还。

第十一条 各单位工会因上缴互助金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，责任由所在单位工会承担。

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医疗互助项目、特殊疾病保障项目、家属救助保障项目、大病帮扶保障项目的补助。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，任何部门和个人不得挤占、截留、挪用互助金,不能随意扩大开支范围。并自觉接受审计部门、同级和上级工会经费审查委员会、纪检部门的审计和监督。

第七章 补助、救助办法及标准

第十四条 职工住院医疗互助项目: 保障期内,以参加人因住院发生的医疗费用中的个人负担金额(个人账户支付金额+现金支付金额)扣减全自费金额作为补助基数。补助金采取分段计算法,按比例核算累加。

(1)70 元套餐的补助比例:

10000 元以内（含 10000 元）的部分补助 30%;

10000 元以上—20000 元的部分补助 40%;

20000 元以上—30000 元的部分补助 65%;

30000 元以上的部分补助 90%。

保障期内累计补助金额不超过 20 万元。

(2)100 元套餐的补助比例:

10000 元以内（含 10000 元）的部分补助 40%;

10000 元以上—20000 元的部分补助 55%;

20000 元以上—30000 元的部分补助 70%;

30000 元以上的部分补助 95%。

保障期内累计补助金额不超过 30 万元。

一次住院结算对应申请一次职工住院医疗互助补助,保障期内不限申请次数。单次补助金额不足 200 元的,按 200 元补助,补助金额最多不得超过个人负担总费用。

第十五条　特殊疾病保障项目：特殊疾病保障项目分为男职工特殊疾病保障和女职工特殊疾病保障。

(1)男职工特殊疾病保障病种为确诊的原发性癌症,包括乳腺癌、阴茎癌、睾丸癌、附睾恶性肿瘤、输精管癌、前列腺癌。

(2)女职工特殊疾病保障病种为确诊的原发性癌症,包括乳腺癌、子宫内膜癌、子宫颈癌、卵巢癌、输卵管癌、阴道癌。

保障期内,参加人初次确诊为以上原发性癌症之一的,一次性补助10000元,则针对该原发性癌症的特殊疾病保障责任终止,但不影响其他原发性癌症的保障责任。

第十六条　家属救助保障项目：保障期内，参加人未产生医疗补助，其未参加互助活动的配偶、18周岁以下(即2009年12月31日以后出生)的未成年子女和无劳动能力的未婚子女、无婚史人员的父母因病(意外伤害)住院且个人负担医疗费用累计达20000元（未参加基本医疗保险的住院医疗费用达30000元）的,给予3000元救助金。

第十七条　大病帮扶保障项目：保障期内，参加人因患重特大疾病住院，个人负担医疗费用总金额扣除商业保险补助、职工医疗互助补助、工会帮扶和社会救助后自负医疗费用达2万元及以上的按20%的比例帮扶，最高不超过20万元。

既符合市职工医疗互助大病帮扶条件，又符合省总对应期限内大病关爱帮扶条件的对象，市总帮扶额度为扣除省总帮扶后的金额，其享受的大病关爱和大病帮扶资金总额不超过市职工医疗互助应该给予的大病帮扶总额。

第八章　补助申请和审批支付

第十八条　申报：参加人在申请职工住院医疗互助项目补助和特殊疾病保障项目时，可通过三种方式：**一是**会员自主申报：关注常德工会微信公众号，进入第15期医疗互助栏目，按照手机提示上传信息申报；**二是**基层工会申报：职工所属基层工会登录医疗互助系统(https://zghz.hnszgh.org.cn,)，根据系统指示上传相关资料申报；**三是**由代办点代理申报。家属救助保障项目补助由参加人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）。未能通过医保数据比对的,需将相关纸质申请资料提交中心审核、存档。

审批支付：申报发起后，由代办点初审，市职工维权帮扶中心复核、终审通过，再由市总财务转账支付。

大病帮扶办理：第十五期互助期满后，根据本实施办法第十七条规定的救助比例计算补助金额，并提交会议集体讨论通过。

第十九条　申请补助、帮扶需提供的资料：

1.职工住院医疗互助项目：需在湖南省职工医疗互助信息管理系统上传会员本人的银行卡、出院诊断证明、住院发票、住院结算单。

2.特殊疾病保障项目：需在湖南省职工医疗互助信息管理系统上传会员本人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、银行卡。

3.家属救助保障项目：需提供证明相互关系的资料复印件、无劳动能力子女的相关证明资料、家属住院结算单、住院发票、

疾病诊断证明，填写《常德市职工医疗互助活动（家属救助）补助申请审批表》，各级工会签署意见。

大病帮扶、家属救助对象中符合建档帮扶的对象，优先实行建档帮扶，并按照申请困难职工帮扶的要求提供资料，按建档类别从相应的资金中列支。已建档对象，不再享受大病帮扶和家属救助。

第二十条 参加人因病出院后，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，原则上不再受理。

第二十一条 各代办点收到参加人提交的补助申请及纸质资料后，应及时受理。住院医疗补助代办点原则上不超过3个工作日完成初审，市级复核和终审不超过5个工作日完成；特殊疾病补助代办点原则上不超过5个工作日完成初审，市级复核和终审不超过10个工作日完成。终审通过后，财务应及时转账支付，特殊情况可延长至5个工作日。

第九章 责任免除、处罚和奖励

第二十二条 发生以下情形之一的，不承担相应的补助责任。

不承担职工住院医疗互助项目责任的情形：

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.非功能性整容或矫形手术;

5.酗酒或因酗酒引发的事故，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。

不承担特殊疾病保障项目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。

第二十三条 参加人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。

第二十四条 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。

第十章　其它

第二十五条　参加人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。

第二十六条　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名册

2.常德市职工医疗互助活动（家属救助）补助申请审批表

附件 1

常德市职工医疗互助活动名册

员工编号	缴费单位	姓名	性别	证件号码	家庭住址	联系电话	证件类型	备注

附件 2

常德市职工医疗互助活动（家属救助）补助申请审批表

所属单位：　　填报日期：　　年　　月　　日

申请人姓名		性别		联系电话	
婚姻状况		身份证号			
申请人与家属关系	□配偶　　□子女　　□父母				
家庭主要困难情况					
本人承诺	本人承诺以上所填情况皆真实，愿意接受审核。若隐瞒或弄虚作假，愿承担责任。 承诺人（签名）：　　年　　月　　日				
基层工会审核意见	基层工会审核人签字：　　基层工会盖章： 年　　月　　日				
区县（市）级工会审核意见	部门负责人签字：　　审核部门盖章： 年　　月　　日				
市级工会审核意见	帮扶中心签字：　　审核部门盖章： 年　　月　　日				

常德市总工会办公室　　2026 年 11 月 23 日印发