

湖州市总工会

关于做好 2022 年度湖州市工会会员 大病救助申报工作的通知

吴兴区、南浔区总工会，南太湖新区总工会，市各产业（局）工会：

为进一步完善大病医疗救助制度，切实减轻患病工会会员的医疗费负担，根据《关于印发〈湖州市工会会员大病救助基金管理使用办法〉的通知》（湖总工办〔2023〕9号）精神，现将 2022 年度湖州市工会会员大病救助申报事项通知如下：

一、申报条件

申请工会会员大病救助必须同时满足以下条件：

1. 申请人必须是市本级（含吴兴区、南浔区、南太湖新区和市产业工会）范围内已建工会并正常缴纳工会经费的单位的工会会员（工会统一信用代码证过期的，另行办理变更和换证）。

2. 申请人家庭经济困难，人均收入在低保线 3 倍以下；或家庭人均收入虽超过低保线 3 倍，但由于持续治疗医疗费用支出较大，造成生活实际困难的（收入减刚性支出人均在低保线 3 倍以下；本年度本市低保线为 1035 元/月/人）。

3. 申请人须参加本市在职职工基本医疗保险，2022 年度内在基本医疗保险、大病保险和医疗救助（含医疗互助、单位报销等）

后，其在基本医疗保险政策范围内的费用，住院费用实际自付部分（即总费用减自理、自费、先行自付、统筹基金、公务员补助、个人账户、大病补偿、民政救助、医疗互助、单位报销等）超过1万元的，或持低保证、残疾证（一、二级重度残疾），住院费用实际自付部分超过5000元的。

二、申报程序

1.符合救助条件的人员，通过本单位工会提出申请，填写《湖州市区工会会员大病救助申请表》（附件1），说明疾病治疗、医疗费支出及家庭困难情况。同时附《医疗费用核拨表》《医保报销一览表》（医保窗口打印）、最近一次的出院小结、社保卡复印件、本人和配偶年度收入证明等材料。

2.基层工会对申请人上报的材料进行核实，在单位内公示，并在《湖州市区工会会员大病救助申请表》后上签署意见后交区（产业）工会。

3.区（产业）工会对材料进行审核，并在《湖州市区工会会员大病救助申请表》上签署意见后，上报市职工服务中心。

4.材料上报到市职工服务中心后，由湖州市工会会员大病救助工作小组对申报材料进行审核，公示，提出救助意见，经市总工会研究通过后，报市慈善总会审批。

三、工作要求

请有关工会认真做好因病致困职工的排摸工作，按照要求及时做好申报工作，确保申报资料真实完整，工作流程到位。具体要求：

1.提交资料必须以 2022 年度住院为限，2022 年度救助对象申报受理截止时间为 2023 年 5 月 15 日，逾期不再受理。

2.全户人员收入证明应由所在单位出具（应按自然年度内，包含年终奖的全年应发总额、全年社保扣款总额、全年公积金扣款总额、全年实际发放总额详细提供）。

3.救助金采用网银发放，请完整提供申请人社保卡账号、开户银行、开户网点名称（如交通银行南太湖新区支行）。

4.参加医疗互助的人员，未结算单据请先行向结算后再提交；已在市和南浔区医疗互助保障会办理线下报销的**免于提供**，只需提供**入院出院**时间即可。

5.仅一次住院的，可提供该次《医疗费用核拨表》；两次以上住院或特殊门诊的，请提供对应时段内的《医保报销一览表》；异地就医未结算人员请先行医保结算后，按以上第四项要求办理。

6.各单位请提供 Excel 汇总表一份（电子文件，格式条目见**附件 2**），逐级提交，逐级汇总。

附件：1.湖州市区工会会员大病救助申请表
2.会员大病救助汇总表

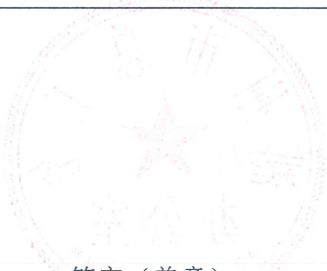
湖州市总工会
湖州市总工会办公室
2023 年 4 月 19 日

附件 1

湖州市区工会会员大病救助申请表

区(产业) :

填表日期: 20 年 月 日

| | | | | | | |
|---------------------------|---|------------|-------------|---------|------|-----|
| 姓名 | | 性别 | | 身份证号码 | | |
| 工作单位全称 | | | | 本人联系电话 | | |
| 单位联系人 | 姓名 | 电话 | | 社保卡编号 | | |
| 开户银行及网点 | | | 银行卡号 | | | |
| 申请人月收入 | 元 | 全家年收入 | 元 | 人均月收入 | 元 | |
| 医疗费用 | ①医疗总费用_____元; ②乙类自付_____元; ③自费_____元; ④超限价_____元, ⑤转外_____元, ⑥统筹报销_____元, ⑦个账_____元, ⑧公务员补助_____元, ⑨民政和大病_____元, ⑩医疗互助_____元, ⑪单位和其他报销_____元 ⑫医保内结余(第1项减其他11项)_____元。 | | | | | |
| 家庭主要成员情况 (除申请人本人外) | | | | | | |
| 姓名 | 关系 | 身份证号码(18位) | | | 工作单位 | 月收入 |
| | | 前6位 | 中间8位 | 后4位 | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 简述申请原因 | 是否低保户 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是否残疾人 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 主要病种: 本人保证以上所填信息真实可信。申请人签名: _____ | | | | | |
| 基层工会意见 |  签字(盖章): | | 区总工会或产业工会意见 | 签字(盖章): | | |

备注: 申请人申请救助需提供以下资料: ①身份证、社保卡复印件; ②核拨表、医保报销一览表、出院小结; ③家庭成员收入证明(由工作单位出具); 有低保证、残疾证须提供证件的复印件。

附件 2

会员大病救助汇总表 (单位报送)

区(产业) :

填表日期: 20 年 月 日

| 序号 | 提交日期 | 工作单位 | 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 联系电话 | 开户银行 | 开户网点 | 银行账号 | 本人月收入 | 全家年收入 | 人均月收入 | 病种 | ① 医疗总费用 | ② 乙类自付 | ③ 自费 | ④ 超限价 | ⑤ 转外 | ⑥ 统筹 | ⑦ 个账 | ⑧ 公补 | ⑨ 民政和大病 | ⑩ 互助 | (11) 单位和其他 | (12) 医保内结余 |
|----|------|------|----|----|-------|------|------|------|------|-------|-------|-------|----|---------|--------|------|-------|------|------|------|------|---------|------|------------|------------|
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

- 备注: 1.以上内容请各单位以 **Excel** 文件格式填写;
 2.身份证号、银行账号请以文本格式填写;
 3.以上第①-(11)项为医疗费用数据, 请按实填写, 金额为元, 保留小数点后两位; 第(12)项数据为第 1 项减其他项之和
 4.此汇总表以电子文件的形式, 逐级提交, 逐级汇总。