关于做好2021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：

为切实加大对困难职工的帮扶救助力度，有效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〔2015〕71号)精神，现将2021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

申请会员大病救助必须同时满足以下条件:

1.申请人必须是市区（含吴兴区、南浔区）范围内已建工会并正常缴纳工会经费的单位的工会会员(已实名制注册）。

2.申请人家庭经济困难，人均收入在低保线2倍以下；或家庭人均收入虽超过低保线２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（收入减支出人均在低保线2倍以下;本年度本市低保线为917元/月/人)。

3.申请人须参加本市在职职工基本医疗保险，本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、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、办理程序

1.符合以上救助条件的人员，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。同时附医保结算单、出院小结和申请人身份证、社保卡复印件等材料。

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，送市职工服务中心。

4.材料上报到市总工会后，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，经市总工会主席会议讨论通过后，报市慈善总会审批。

三、工作要求

请区总工会、市各产业（局）工会等单位，按工作要求及时做好申报工作，确保申报对象提交的资料真实、完整，工作流程到位。具体要求：

1.提交资料必须以当年度住院为限，本年度受理截止时间为2021年12月20日，逾期不再受理（12月20日至12月31日期间的有未提交凭证的，可在2021年1月7日前补充提交）。

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，请完整提供申请人同名借记卡账号、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市和南浔区医疗互助保障会办理报销手续后提交；已在市医疗互助保障会办理医疗互助报销的单据**免于提供**，只需提供**入院出院**时间即可。

5.特殊门诊费用累计较大、次数较多的，请同时提供医保部门对应时段内的汇总表；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

湖州市总工会办公室

2021年11月8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（按身份证填写） |  | 性别 |  | 身份证号码18位 |  |
| 工作单位全称 |  | 社保卡号码 |  |
| 单位联系人 | 姓名 电话  | 本人联系电话 |  |
| 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（按结算单提供） | ①支付总费用 元；②自费费用 元；③自理费用 元；④大病补偿 元，⑤民政补偿 元，⑥自付（现金） 元，⑦医疗互助报销 元，⑧单位报销 元。⑨实际自付 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 □ 否 □ 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结算单、出院小结；③家庭成员收入证明（由工作单位出具）；有低保证须提供证件的复印件。

 2018.10修正

附件2

会员大病救助汇总表

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支付总费用 | ②医保报销 | ③自理自费 | ④大病补偿 | ⑤民政补偿 | ⑥个人自付 | ⑦医疗互助 | ⑧单位报销 | ⑨医保内实际自付 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：1.以上内容请以**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①-⑨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；

 4.此汇总表随申请资料逐级提交，逐级汇总。