

# 安徽省直属机关工会工作委员会文件

直工会〔2020〕136号

## 关于印发《2021年安徽省直机关在职职工 医疗互助活动实施办法》的通知

省直各单位工会：

现将《2021年安徽省直机关在职职工医疗互助活动实施办法》印发你们，请认真抓好落实。现将有关事项通知如下：

**1、加大宣传力度。**职工医疗互助活动旨在解决省直机关在职职工因病致困的问题，减轻职工医疗负担，事关在职职工切身利益。2021年新增了尿毒症和白血病两类重大疾病的门诊费用补助。各单位工会要加大医疗互助活动的宣传引导，确保互助政策人人知晓，确立“人人为我、我为人人”意识。

**2、提高工作效率。**各级工会干部要熟悉掌握本《实施办法》

中的相关政策规定，以及补助的类型、标准、申报材料、时限等要求，认真审阅各项申报材料，确保申报及时、材料准确。

**3、确保人人参与。**各基层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》规定的参与单位、参加人员做好各项材料的准备工作，并于2021年3月30日前完成报名和缴费工作，做到不漏一人，切实把好事办好。

《实施办法》由省直工会负责解释。

联系人：王庆俊 联系电话：13635609936

邮 箱：736461799@qq.com。

安徽省直属机关工会工作委员会

2020年12月23日



# 2021 年安徽省直机关在职职工 医疗互助活动实施办法

根据省总工会、省直机关工委的部署，现就开展“2021 年安徽省直机关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直工会的基层工会。未缴或欠缴工会经费的基层工会（截止到 2020 年 12 月），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：2021 年 1 月 1 日-3 月 30 日。由基层工会团体一次性向省直工会报名（报名须知见附件 1），不得分批报名，不受理个人报名，按每人一份报名。

（1）单位职工人数在 30 人（含）以下的，全部参加；

（2）单位职工人数在 30 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）《2021 年省直机关在职职工医疗互助活动团体报名表》

(见附件 2), 纸质版材料经所在工会审核盖章。

(2)《2021 年省直机关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、省直工会收到完整报名材料后, 在 10 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 60 元, 其中基层工会 20 元、个人 20 元、省直工会 20 元。

7、基层工会按省直工会审核同意的人数、标准, 5 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。

### 四、活动的期限和权利

9、医疗互助活动期限为一年(2021 年 1 月 1 日—2021 年 12 月 31 日)。因特殊原因延迟报名的, 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净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, 累计最高补助 100 天。

12、净自付住院医疗费用补助。互助活动周期内，工会会员在医保指定医院住院，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”内“个人支付金额”，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 40%；
- (2) 10000 元—50000 元（含）的部分，补助 50%；
- (3) 50000 元—100000 元（含）的部分，补助 55%；
- (4) 100000 元以上的部分，补助 60%；
- (5) 在非定点医院住院、医保目录外、门诊就医等医疗费用，不计入净自付范围。

补助金的申请不受次数限制，累计补助总额不超过 10 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、患尿毒症和白血病两类重大疾病的工会会员，门诊就医补助费用参照第 12 条执行。

14、凡有以下情形之一的，不给予任何医疗补助：

- (1) 通过伪造、篡改病史以及其他各种欺骗、作弊方式，虚假证明。发现后，取消补助申请，并追回已发补助；
- (2) 在定点医院挂床，但实际并未住院的；
- (3) 因违法违规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、整容手术、美容、美容手术、矫形、矫形手术、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) 工伤、生育、职业病或由第三方责任人承担的费用不予补助;

(8) 省直工会认定不宜补助的其他情形。

## 六、补助的申请和发放

15、补助金的申请由基层工会负责，职工可自行办理也可由工会指定专人代办。材料由职工个人提供。省直工会受理。

16、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直工会提出书面报备，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。

省直工会审核后，符合补助条件的，按规定给予补助。

17、申请住院护理和净自付住院费用补助应提供以下材料：

(1) 填写《2021 年省直机关在职职工医疗互助活动住院护理和净自付住院费用补助申请表》(见附件 4)，并经所在基层工会审核盖章、主席签名。

(2) 患病职工本人身份证(提供复印件，原件提交核验)。

(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表等(使用加盖医院印章的复印件，原件提交核验)。

(4) 省直工会认为需要提供的其他材料。

18、省直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

19、医疗互助活动由省直工会统一组织管理，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。

20、省直工会设立单独的资金账户，确保专款专用。当期结余结转下期滚动使用，不足部分由省直工会全额补贴。互助资金一年一结、一年一清，并向省直机关公布互助资金收支情况，接受基层工会和广大职工监督。

21、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、省直机关工委的审计审查。

22、本《实施办法》自印发之日起施行，由省直工会负责解释。

## 附件 1

# 2021 年省直机关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：文件发布之日起，至 2021 年 3 月 30 日止。  
正常上班时间均可受理。

2、报名地点：省直工会（省行政中心 2 号楼 1071）。

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直工会。

4、收到完整材料后，省直工会一般在 10 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、基层工会严格按省直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：安徽省直属机关工会工作委员会

帐 号：1302014129200144923

开户行：工行合肥三牌楼支行

3、请在缴款凭证上注明“互助金缴费”字样。



附件 2

## 2021 年省直机关在职 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 (盖章)		主管 厅局		单位性质	
	通讯地址				邮政编码	
	工会账户名		开户行		账号	
	干部职工 总数	共 人，其中本级 人，直属单位 人，编制外合同工 人。				
	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					
财务人员						
报名情况	报名人数		参加 标准	40	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	以下由省直工会填写					
	交款时间		生效 时间	2021 年 1 月 1 日零时起 2021 年 12 月 31 日 24 时止		
	初审（经办）	复核（财务）		省直工会负责人意见		

附件 3

2021 年省直机关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	年龄	身份证号	行政职务 (职称) 工会职务	手机号码	备注

附件 4

## 2021 年省直机关在职职工医疗互助活动 住院护理和净自付补助申请表

工会名称 (盖章):

申 请 人 情 况	姓名: _____ 性别: _____ 身份证号: _____			
	现任职务及职级: _____			
	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: _____
	住址: _____			联系电话: _____
	银行帐号: _____		开户行名称: _____	
所 在 工 会 意 见	工会主席 (签章): _____		工 会 工 作 人 员	姓 名: _____ 联系电话: _____
以下由省直工会填写				
本 次 给 予 补 助 金 额	住 院 护 理 补 助 金	元	单 次 住 院 净 自 付 补 助 金	元
	合计 (大写): _____		¥: _____ 元	
审 核 情 况	初审 (经办): _____	复核 (财务): _____		省直工会负责人意见: _____

---

安徽省直属机关工会工作委员会

2020年12月23日印发

---