

怀化市医疗救助申请工作流程

一、工作流程

(一) 第一类、第二类救助对象“一站式”结算医疗救助工作流程

1、申请流程

①救助对象与市域内定点医药机构结算。直接享受医疗救助待遇，只需支付自负部分费用。

②医保协议医药机构与医保经办机构结算。应由医保基金和医疗救助资金支付的部分，医保协议医药机构先行垫付，再由医保经办机构定期结算。

(二) 必备材料

救助对象本人身份证（或社会保障卡）、户口簿。

(三) 第一类、第二类救助对象非“一站式”结算申请医疗救助工作流程

1、申请流程

①申请人或其家属向户籍所在地县市区医保部门申请。

②县市区医保部门审核相关医疗费用，确定具体救助金额并支付给救助对象。

2、必备材料

①《怀化市第一、二类救助对象医疗救助申请表》（附

件1)。

②救助对象本人身份证、户口簿、“一卡通”存折(卡)、“一卡通”开户人身份证(委托他人办理申请的,同时提供受委托人的身份证或户口簿)原件及复印件。无“一卡通”存折(卡)的,提供本人银行账户复印件或监护人(监护组织或机构)的银行账户相关资料。

③必要的病史证明。住院病人提供疾病诊断书和出院诊断复印件,在户籍地参保,并已通过医保基金结算的,不需要提供病史证明。门诊病人在非户籍地参保,提供合格的处方和经审批的特殊病种门诊或特药等证明,在户籍地参保的不需要病史证明。

④相关医药费用结算资料。户籍地参保、未通过医保基金进行结算的,提供医院的收据(发票)和费用清单或者药店的发票和药品明细(先经基本医疗和大病保险结算后再申请医疗救助);已经通过医保基金进行结算的,提供医保盖章的结算单。非户籍地参保的,提供医院的收据(发票)和费用清单或者药店的发票和药品明细,以及参保地医保部门盖章的结算单。

(三) 第三类救助对象和再救助对象申请医疗救助工作流程

1. 申请流程

①户籍所在地乡镇（街道）受理。

②户籍所在地乡镇（街道）医保部门对申请第三类救助对象或再救助对象进行初审，计算申请第三类救助对象或再救助对象本年度内的总自负医疗费用和政策范围内自负费用，指导申请救助对象填报《第三类救助对象、再救助对象医疗救助申请表》，并转交至乡镇（街道）民政部门或县市区乡村振兴部门。

③乡镇（街道）民政部门指导申请第三类救助对象填写《城乡居民家庭经济状况核对申请书》（附件6），并上报至县市区民政部门进行家庭经济状况核对。县市区乡村振兴部门依规定对申请再救助对象进行返贫致贫风险认定。如救助对象为退役军人，还需报县市区退役军人事务部门进行身份类别审核。

④县市区民政部门将申请救助对象家庭经济状况核对报告反馈至乡镇（街道）民政部门、医保部门，由乡镇（街道）根据核对报告联合村（居）委会进行入户调查并签署审核意见。相关部门签署意见后，由乡镇（街道）医保部门报至县市区医保部门。

⑤县市区医保部门将符合条件救助对象名单反馈乡镇（街道），乡镇（街道）在救助对象所属乡镇（街道）、村（社区）政务公开栏进行不少于5天的救助前公示（附件3）。

⑥公示期满后无异议的，县市区医保部门复核相关医疗费用，确定具体救助金额并支付给救助对象。

2、必备材料

①《怀化市第三类救助对象、再救助对象医疗救助申请表》（附件2）。

②《怀化市____县（市）区城乡居民家庭经济状况核对申请书》（附件6）。

③救助对象本人身份证、户口簿、“一卡通”存折（卡）、“一卡通”开户人身份证（未成年人提供户口簿）原件及复印件。无“一卡通”存折（卡）的，提供本人银行账户复印件或监护人（监护组织或机构）的银行账户相关资料。

④救助对象家庭成员身份证复印件。

⑤必要的病史证明。住院病人提供病历首页和出院诊断复印件，在户籍地参保，并已通过医保基金结算的，不需要提供病史证明。门诊病人在非户籍地参保，提供合格的处方和经审批的特殊病种门诊或特药等证明，在户籍地参保的不需要病史证明。

⑥相关医药费用结算资料。户籍地参保、未通过医保基金进行结算的，提供医院的收据（发票）和费用清单或者药店的发票和药品明细（先经基本医疗和大病保险结算后再申

序
请医疗救助);已经通过医保基金进行结算的,提供医保盖章的结算单。非户籍地参保的,提供医院的收据(发票)和费用清单或者药店的发票和药品明细,以及参保地医保部门盖章的结算单。

二、医疗救助申请时限要求

(一)第一、二类救助对象“一站式”结算,患者申请与医药机构结算同步进行。

(二)第一、二类救助对象非一站式结算申请救助时限。

1.住院费用医疗救助原则上须自出院之日起12个月内提出申请。

2.门诊费用医疗救助当年费用在次年3月31日前申请。

(三)第三类救助和再救助当年费用原则上在次年3月31日前完成申请。申请对象在前一次申请中已经认定为“第三类救助对象”的,县市区医保部门在医保信息系统中标识,年度内按照“第三类救助对象”享受救助政策(年度内如果申请对象变更救助对象类别,从变更之日起按照就高不就低原则享受医疗救助待遇)。

三、办理时限要求

(一)乡镇(街道)受理后,10个工作日内完成初审和入户调查工作。

(二)县市区相关部门收到申报资料后,10个工作日内

签署相关意见（经济状况核对报告以核对系统生成报告之日为最终审核日期）。

（三）医保部门须在 10 个工作日内办理支付手续。

（四）对获得医疗救助的对象名单，由乡镇（街道）医保部门按季度汇总，在救助对象所属乡镇（街道）、村（社区）政务公开栏进行为期不少于 7 天的公示（附件 5）。

（五）各县市区医保部门对获得医疗救助的对象，按年度填写《怀化市____县（市）区__年度医疗救助汇总表》（附件 7），整理工作台账。

附件：1、怀化市第一、二类救助对象医疗救助申请表

2、怀化市第三类救助对象、再救助对象医疗救助申请表

3、怀化市____县（市）区申请医疗救助前公示

4、怀化市____县（市）区申请医疗救助入户调查表

5、怀化市____县（市）区申请医疗救助季度公示

6、怀化市____县（市）区城乡居民家庭经济状况核对申请书

7、怀化市____县（市）区__年度医疗救助汇总表

附件1

怀化市第一、二类救助对象医疗救助申请表

申请人姓名		性别		身份证号码		
家庭住址	乡镇（街道） 村（社区） 组（小区） 栋 号					
户籍地				联系方式		
诊断病种				救助类别	☐ 门诊救助 ☐ 住院救助	
医疗总费用 （元）	应剔除的费用（元）					
	政策外个人完全自负	基本医保报销	大病保险报销	政策内个人部分自负	本年度医疗救助已救助金额	
					门诊救助： 住院救助：	
划入救助资金账户	☐ 划入救助对象的“一卡通”账户（原则上统一划入此账户） 开户行： 开户人姓名： 银行账号：					
	因_____原因，申请将医疗救助资金划入以下账户： 开户行： 开户人姓名： 银行账号：					
救助对象类别	一类救助对象： ☐ 特困供养人员 ☐ 孤儿 ☐ 事实无人抚养儿童 二类救助对象： ☐ 低保对象 ☐ 重度残疾人 ☐ 低保边缘家庭成员 ☐ 纳入监测范围的防止返贫监测对象 救助对象是否为退役军人 ☐ 是 ☐ 否					

申请人承诺	本人和家属代表承诺:我们提供的所有医疗救助申请资料真实可靠,信息准确,无虚构成分;不以相同的病历资料、住院发票、结算单重复申请医疗救助;不以虚假身份申请医疗救助。否则愿意退还全部的医疗救助资金并承担相关法律责任,特此承诺。 申请人(签名): _____ 年 月 日
参保地县市区医保经办机构审核意见	经审核,该救助对象政策范围内自付金额为_____元,本次医疗救助_____元。 经办人(签字): _____ 年 月 日 负责人(签字): _____ 年 月 日(公章)

备注: 1.此表为第一类、二类救助对象和因病或意外死亡的第一、二类救助对象家属填写;

2.申请救助需提供身份证或户口簿原件及复印件(委托他人办理申请的,同时提供受委托人的身份证或户口簿原件及复印件)、“一卡通”或银行卡复印件、当年度疾病诊断书或病史证明材料、相关医疗机构出具的当年度医疗费用结算清单、转诊证明等能够证明合规医疗费用的有效凭证等。

附件2

怀化市第三类救助对象、再救助对象医疗救助申请表

申请人姓名		性别		身份证号码		
家庭住址	乡镇（街道） 村（社区） 组（小区） 栋号					
户籍地					联系方式	
诊断病种					救助类别	☐ 门诊救助 ☐ 住院救助
医疗总费用 （元）	应剔除的费用（元）					
	政策外个人 完全自负	基本医保报销	大病保险报销	政策内个人部 分自负	本年度医疗救助 已救助金额	
					门诊救助： 住院救助：	
划入救助 资金账户	☐ 划入救助对象的“一卡通”账户（原则上统一划入此账户） 开户行： 开户人姓名： 银行账号：					
	因_____原因，申请将医疗救助资金划入以下账户： 开户行： 开户人姓名： 银行账号：					
救助对象类别	☐ 第三类救助对象 ☐ 再救助对象 ☐ 退役军人					
申请人承诺	本人和家属代表承诺：我们提供的所有医疗救助申请资料真实可靠，信息准确，无虚构、瞒报或漏报成分；不以相同的病历资料、住院发票、结算单重复申请医疗救助；不以虚假身份申请医疗救助。否则愿意退还全部的医疗救助资金并承担相关法律责任，特此承诺。 申请人（签名）： 年 月 日					

乡镇（街道） 意见	负责人： 经办人： 年 月 日（公章）
县市区民政局 审核意见	负责人： 经办人： 年 月 日（公章）
县市区 退役军人事务 局审核意见	负责人： 经办人： 年 月 日（公章）
县市区 乡村振兴局 审核意见	负责人： 经办人： 年 月 日（公章）
县市区 医保部门 审批意见	经审核，该救助对象政策范围内自付_____元，本次医疗 救助_____元。 负责人： 经办人： 年 月 日（公章）

备注:1.此表为第三类救助对象、再救助对象和因病或意外死亡的第三类救助对象、再救助对象家属填写;

2.申请救助需提供身份证或户口簿原件及复印件（委托他人办理申请的，同时提供受委托人的身份证或户口簿原件及复印件）、银行卡复印件、当年度疾病诊断书或病史证明材料、相关医疗机构出具的当年度医疗费用结算清单、转诊证明等能够证明合规医疗费用的有效凭证等;

3.民政部门负责第三类救助对象家庭经济状况核对，乡村振兴部门负责再救助对象返贫致贫风险的认定，退役军人事务局负责退役军人救助对象身份的审核。

附件3

怀化市____县（市）区申请医疗救助前公示

根据《怀化市人民政府办公室关于印发<怀化市医疗救助实施细则>的通知》（怀政办发〔2021〕23号）要求，现将到乡镇（街道）村（社区）申请医疗救助人员基本情况进行公示，公示期为____年__月__日至____年__月__日（公示期为5日），请大家予以监督，如有异议，请于____年__月__日前以信函、电话、网上举报等方式反映。

申请人	救助类别	诊断病种	政策范围内自负 医疗费用（元）	医疗救助金额 （元）

_____乡镇（街道）（公章）

受理举报邮箱：

受理举报电话：

年 月 日

怀化市申请医疗救助入户调查表

申请所在镇（街道）：				人员类别： ☐ 第三类救助对象	
申请人（救助对象）		性别		身份证号码	
是否退役军人		联系电话			医保参保地
户籍地址					
现居住地址					
家庭成员基本情况（共同生活和非共同生活的法定义务人需逐一如实填写）					
姓名	与申请关系	身份证号码	就业单位/就读情况	月收入（元）	备注
家庭财产情况					

家庭 困难 情况	
治疗费 用情况	此次申请医疗救助的医疗费用总金额：_____元，基本医疗、大病保险、补充医保已报销_____元，符合基本医保政策支付范围的自负费用_____元，本年度已享受医疗救助_____元。
声明申 请确认	以上填写内容真实、准确、完整，如有瞒报或漏报现象，后果自负。家庭成员清晰知道通过虚报信息骗取医疗救助资金，将由有关部门追回所领取的医疗救助金；构成犯罪的，将被依法追究刑事责任。另外，本人同意相关部门张贴公示的内容中包含本人的基本信息、家庭收入、家庭财产、医疗费用总额和享受待遇金额等信息。建议此句删除，文件规定申请人救助情况必须公示。 申请人、家庭成员签名（按指纹）： 受委托人签名（按指纹）： 申请（声明）日期： 年 月 日
人户调 查意见	经入户调查，申请医疗救助对象家庭情况属实（或不属实）。 社区（村）调查人签名： 街道（乡镇）调查人签名： 年 月 日（公章） 年 月 日（公章）

怀化市_____县（市）区申请医疗救助季度公示

（_____年第____季度）

根据《怀化市人民政府办公室关于印发<怀化市医疗救助实施细则>的通知》（怀政办发〔2021〕23号）要求，现将_____年____季度_____乡镇（街道）_____村（社区）申请医疗救助人员基本情况公示，公示期为_____年____月____日至_____年____月____日（公示期为7日），请大家予以监督，如有异议，请于_____年____月____日前以信函、电话、网上举报等方式反映。

申请人	救助类别	诊断病种	政策范围内自负 医疗费用（元）	医疗救助金额 （元）

_____乡镇（街道）（公章）

受理举报邮箱：

受理举报电话：

年 月 日

怀化市_____县（市）区城乡居民家庭经济状况核对申请书

类型：城市低保☐ 农村低保☐ 特困供养☐
住房救助☐ 医疗救助☐ 其他救助☐

街道（乡镇）：_____

居（村）委会：_____

申请者姓名：_____

申请时间：_____

说 明

- 一、本申请书由申请对象和相关核对人员共同填写；
- 二、申请以户为单位填写，申请家庭自行确定一名家庭成员为申请人；
- 三、申请书要严肃、认真、如实填写，工作人员应将表内项目向申请人解释清楚；
- 四、申请书均应用蓝色或黑色水笔填写，字迹要清楚、工整；
- 五、申请低保、特困救助的居民家庭经济核对申请书一式2份，街道（乡镇）民政办和县市区民政部门各存1份；申请住房、医疗等救助的经济核对申请书，一式3份，街道（乡镇）民政办、县市区民政部门、行业部门各存一份。

_____县（市）区城乡居民家庭经济状况 核对申请报告

_____县（市）区城乡居民家庭经济状况核对中心：

本人姓名为____，户籍人口____人，与本人共同生活的
家庭成员____人，与本人具有法定赡养、抚养、扶养关系的非
共同生活的家庭成员____人，现本人户口在____
街道（乡镇）____社区（村），实际居住地为____
____，因____原因申报____救助，
特申请家庭经济状况核对。

联系电话：

申请人：

年 月 日

救助申请家庭经济状况申报与授权书

申请者 姓名		性别		年龄		家庭 人口		户籍 性质	
家庭住址									
家庭成员近12个月平均收入（元）									
工资性	家庭成员姓名								合计
	月收入								
经营性	项目								
	月收入								
财产性	项目								
	收入								
转移性	项目								
	收入								
其他	项目								
	收入								
总计									
家庭成员财产合计情况（元）									
现金	总额 （人民币）				股票	总额 （人民币）			
银行存款	总额 （人民币）				基金	总额 （人民币）			
有价证券	名称					总额 （人民币）			
机动车辆 （机械、农机具）		产权人姓名	车辆 品牌	车牌号码	购置时间	购置总价格			
房 产	产权姓名	面积（平方米）	产权性 质	购置时间	购置价格	房产用途	房屋地址		
其他财产 （请注明）						总额 （人民币）			
金融资产合计						其中房屋拆迁 补偿收入			
家庭刚性支出（元）									

家庭成员姓名							合计
重病支出							
就学支出							
就业支出							
其他支出							

救助申请家庭诚信承诺及授权申明

为申请_____救助，本人及家庭所有成员就有关事项作出如下声明承诺：

一、已认真阅读并理解、接受《社会救助暂行办法》的相关规定，所提供的申报材料全部真实有效，所申报的家庭收入和财产真实、全面。若采取虚报、隐瞒、伪造等手段，骗取享受_____救助待遇，愿接受管理审批部门依照有关规定给予的处罚。

二、本人授权居民家庭经济状况核对机构从住建、人社、公安、工商、税务、民政、住房公积金、银行等部门和机构获取个人的住房、就业、户籍、机动车、个体经营、纳税、婚姻、死亡、公积金、存款等方面的信息，对本人及家庭全体成员的收入和财产等经济状况信息进行核查，并愿意配合居民家庭经济状况核对机构完成上述工作。

三、若在家庭户籍、收入、人口和住址等与享受_____救助有关的事项发生变化时，15日内向村（社区）社会救助管理服务机构如实报告，如没有及时报告造成的后果，概由本人承担，并愿意接受管理审批机关依照有关规定给予的处罚。当收入、财产等超过规定要求时，将主动提出终止_____救助待遇。

以上是本人及家庭所有成员自愿承诺，将自觉信守，忠实履行，并承担相应的法律责任。

该承诺及授权自签字之日起生效，有效期至本次救助结束之日止。

申请 救助 家庭 人员 信息	姓名	身份证号	与申 请人 关系	户籍地址	婚姻 状况	劳动 能力	健康 状况	非义务 教育	签名或 按手印
赡（抚、扶） 养人员 信息									

- 注：1. 本经济状况申报与授权书需要家庭所有成员及法定赡养、抚养、扶养关系人亲笔签名，主申请人需到村（社区）或乡镇（街道）当面签名。
2. 无民事行为能力的家庭成员由其法定监护人代为签名，其他家庭成员均需本人亲自签名。
3. 本经济状况申报与授权书一式两份，一份交申请对象本人，一份由社会救助管理部门存档。

社会救助受理经办人员：

年 月 日

申请者户口簿复印件粘贴处

申请者身份证复印件粘贴处

家庭成员户口簿及身份证复印件粘贴处

其他材料粘贴处

家庭经济核对结果粘贴处

怀化市____县(市)区____年度医疗救助汇总表

—25—

怀化市医疗保障局办公室

2022 年 8 月 1 日印发