

岳阳市医疗保障局  
岳阳市民政局  
岳阳市乡村振兴局文件  
岳阳市退役军人事务局  
岳阳市残疾人联合会

岳医保发〔2022〕22号

---

关于印发《岳阳市医疗救助申请工作流程》的  
通知

各县市区医疗保障局、民政局、乡村振兴局、退役军人事务局、残疾人联合会：

为巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果有效衔接乡村振兴战略，根据《岳阳市人民政府办公室关于印发〈岳阳市医疗救助实施细则〉的通知》（岳政办发〔2021〕25号）精神，结合我市工作实际，现将《岳阳市医疗救助申请工作流程》印发给你们，请遵照执行。

(此页无正文)

岳阳市医疗保障局

岳阳市民政局

岳阳市乡村振兴局

岳阳市退役军人事务局

岳阳市残疾人联合会

2022年6月24日

# 岳阳市医疗救助申请工作流程

## 一、第一类、第二类救助对象“一站式”结算医疗救助工作流程

### （一）申请流程

1. 救助对象与医药机构结算。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、户口簿、社会保障卡（未成年人提供户口簿、医保卡）。

## 二、第一类、第二类救助对象到乡镇政府（街道办事处）申请医疗救助工作流程

### （一）申请流程

1. 户籍所在地乡镇（街道）受理初审后，报县市区医保部门审核。

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。

### （二）必备材料

1. 《岳阳市第一、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、社会保障卡（未成年人提供户口簿、医保卡）原件及复印件。无社会保障卡的，提供本人银行账户复印件或监护人（监护组织）的银行账户相关资料。

### 3. 必要的病史证明。

(1) 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。

(2) 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。

(1) 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；已经通过医保基金进行结算的，提供医保盖章的结算单。

(2) 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

### （一）申请流程

1. 户籍所在地乡镇（街道）受理。

2. 乡镇（街道）对第三类救助对象进行家庭经济状况调查（附件4）。

3. 初审通过的在户籍地（社区、村）公示三天（附件5）。

4. 乡镇（街道）初审公示后，第三类救助对象报县市区民政部门、再救助对象报乡村振兴部门审核（如救助对象为退役军人，还需报县市区退役军人事务管理部门审核）。

5. 县市区民政部门或乡村振兴部门、退役军人事务管理部门审核后，将《岳阳市第三类救助对象、再救助对象医疗救助申请表》、救助对象的身份证、户口簿、社会保障卡复印件，必要的病史证明材料和医疗费用结算单据等资料转交县级医保部门。

6. 县级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。

## **(二) 必备材料**

1. 《岳阳市第三类救助对象、再救助对象医疗救助申请表》(附件 2)。

2. 《岳阳市医疗救助对象家庭经济状况核对授权书》(第三类救助对象填写)(附件 3)。

3. 救助对象本人身份证、户口簿、社会保障卡(未成年人提供户口簿、医保卡)原件及复印件。无社会保障卡的，提供本人银行账户复印件或监护人(监护组织)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。

(1) 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。

(2) 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。

(1) 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；已经通过医保基金进行结算的，提供医保盖章的结算单。

(2) 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) 办理时限要求**

1. 乡镇(街道)受理后，10个工作日内完成调查、公示和复

核工作。

2. 县市区相关部门收到申报资料后，10 个工作日内完成审批工作。

3. 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，由乡镇政府（街道办事处）按季度汇总，在乡镇（街道）、村（社区）政务公开栏进行为期不少于一个月的公示（附件 6）。

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

#### **四、医疗救助申请时限**

**（一）**第一类、第二类救助对象“一站式”结算，患者申请与医药机构结算同步进行。

**（二）**第一类、第二类救助对象到乡镇政府（街道办事处）申请救助时限。

1. 住院医疗救助须自出院之日起 6 个月内提出申请。

2. 门诊医疗救助于次年 3 月 31 日前申请，原则上一年申请一次。

**（三）**第三类救助和再救助于次年 3 月 31 日前申请，原则上一年申请一次。

附件：

1. 岳阳市第一、二类救助对象医疗救助申请表
2. 岳阳市第三类救助对象、再救助对象医疗救助申请表
3. 岳阳市医疗救助对象家庭经济状况核对授权书
4. 岳阳市\_\_\_\_\_县（市）区申请医疗救助入户调查表

5. 岳阳市\_\_\_\_\_县（市）区申请医疗救助公示
6. 岳阳市\_\_\_\_\_县（市）区申请医疗救助季度公示
7. 岳阳市\_\_\_\_\_县（市）区\_\_\_\_\_年度医疗救助汇总表

## 附件 1

## 岳阳市第一、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	<input type="checkbox"/> 门诊救助 <input type="checkbox"/> 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	其他社会救助 帮扶金额	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	<input type="checkbox"/> 划入救助对象本人的社会保障卡金融账户（原则上统一划入此账户） 开户行：_____ 开户人姓名：_____				
	<input type="checkbox"/> 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：_____				
救助对象类别	一类救助对象： <input type="checkbox"/> 特困供养人员 <input type="checkbox"/> 孤儿 <input type="checkbox"/> 事实无人抚养儿童 二类救助对象： <input type="checkbox"/> 低保 <input type="checkbox"/> 重度残疾人 <input type="checkbox"/> 低保边缘家庭成员 <input type="checkbox"/> 纳入监测范围的防止返贫监测对象 退役军人： <input type="checkbox"/>				



<p>申请人承诺</p>	<p>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。</p> <p>申请人（签名）：_____年 月 日</p>
<p>乡镇（街道）意见</p>	<p>负责人（签名）：_____年 月 日（公章）</p>
<p>县市区医保部门审核意见</p>	<p>经审核，该救助对象政策范围内自付_____元，医疗救助金额_____元。</p> <p>经办人（签字）：_____年 月 日          负责人（签字）：_____年 月 日（公章）</p>

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

## 岳阳市第三类救助对象、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	<input type="checkbox"/> 门诊救助 <input type="checkbox"/> 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	其他社会救助 帮扶金额	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	<input type="checkbox"/> 划入救助对象本人的社会保障卡金融账户（原则上统一划入此账户）				
	开户行：_____ 开户人姓名：_____ 银行账号：_____				
划入救助 资金账户	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 第三类救助对象		<input type="checkbox"/> 再救助对象		<input type="checkbox"/> 退役军人
家庭收入 及财产情况 申报	1. 家庭成员共有_____人，家庭年度可支配总收入_____元。 2. 申请人及家庭成员共有房产：_____套（栋），其中自建房_____栋_____层，商品房_____套。 3. 申请人及家庭成员名下商事登记信息：_____。 4. 申请人及家庭成员名下汽车登记共有_____台；购买金额：_____元。 5. 申请人及家庭成员银行活期账户余额_____元；定期账户余额_____元。 6. 申请人及家庭成员微信、支付宝资金情况：_____元。 7. 申请人及家庭成员已购买且仍生效的储蓄型保险金额：_____元。 8. 申请人及家庭成员有价证券、基金情况：资产金额：_____元。				

<p>申请人承诺</p>	<p>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。</p> <p>申请人（签名）：_____年 月 日</p>
<p>乡镇（街道）意见</p>	<p>负责人（签名）：_____年 月 日（公章）</p>
<p>县市区退役军人事务局审核意见</p>	<p>负责人（签名）：_____年 月 日（公章）</p>
<p>县市区相关部门对身份类别审核意见</p>	<p>经审核，申请人属于_____救助对象。</p> <p>经办人（签字）：_____年 月 日（公章）          负责人（签字）：_____年 月 日（公章）</p>
<p>县市区医保部门审核意见</p>	<p>经审核，该救助对象政策范围内自付_____元，医疗救助金额_____元。</p> <p>经办人（签字）：_____年 月 日          负责人（签字）：_____年 月 日（公章）</p>

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身份类别的审核，乡村振兴部门负责再救助对象身份类别的审核，退役军人事务局负责退役军人救助对象身份的审核。

## 岳阳市医疗救助对象家庭经济状况核对授权书

本人姓名\_\_\_\_\_，因家庭经济困难，医疗费用过高需要申请医疗救助。本人及共同生活的家庭成员授权、委托医疗救助审核、审批机关及其指定的收入核对机构对本人及家庭成员（含法定赡、抚、扶养关系成员）的收入和家庭财产情况相关信息进行核对，包括但不限于入户调查和到医疗保障、公安、人力资源社会保障、住房城乡建设、交通、市场监管、税务、自然资源和规划、银保监、住房公积金中心、银行、保险、证券等部门、机构进行核查和信息比对。

授权人姓名	身 份 证 号 码	签名（按捺指模）

授权时间：    年    月    日

乡镇（街道）经办人员签字：

注：有民事行为能力的医疗救助申请对象及家庭成员应当由本人签字并按捺指纹，无民事行为能力的医疗救助申请对象及家庭成员应当由监护人签字并按捺指纹，授权人需提供本人身份证复印件。

## 附件 4

## 岳阳市\_\_\_\_\_县(市)区申请医疗救助入户调查表

申请所在镇(街道):			人员类别: <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	联系电话		医保参保地	
户籍地址					
现居住地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 其他:				
<b>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)</b>					
姓名	与申请人关系	身份证号码	就业单位/就读情况	月收入(元)	备注
<b>家庭收入情况</b>	家庭成员共有____人, 家庭成员年度可支配总收入_____元。具体收入如下: 1. 每月收入: 工资_____元; 养老金_____元; 临(散)工_____元; 2. 其他月收入项目: _____, 收入_____元; 3. 其他年收入项目: _____, 收入_____元。				

<p><b>家庭财产情况</b></p>	<p>1. 申请人及家庭成员共有房产：__套（栋），其中自建房__栋__层，商品房__套。</p> <p>2. 申请人及家庭成员名下商事登记信息：_____。</p> <p>3. 申请人及家庭成员名下汽车登记共有__台；购买金额：_____元。</p>
<p><b>治疗费用情况</b></p>	<p>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。</p>
<p><b>声明申请确认</b></p>	<p>以上填写内容真实、准确、完整，不存在瞒报或漏报资料的情况。家庭成员清楚知道通过虚报信息骗取医疗救助资金，会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。</p> <p>申请人、家庭成员及受委托人签名（盖指纹）：_____</p> <p style="text-align: right;">申请（声明）日期：_____年 月 日</p>
<p><b>入户调查部门意见</b></p>	<p>经入户调查、申请医疗救助对象家庭情况属实，社区（村）、街道（乡镇）申报情况一致。</p> <p>调查人签名：_____</p> <p style="text-align: right;">_____年 月 日（公章）</p>

## 岳阳市\_\_\_\_\_县（市）区申请医疗救助公示

根据《岳阳市人民政府办公室关于印发〈岳阳市医疗救助实施细则〉的通知》（岳政办发〔2021〕25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3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。

联系人：

联系地址：

受理举报邮箱：

受理举报电话：

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）

年 月 日

## 岳阳市\_\_\_\_\_县（市）区申请医疗救助季度公示

（\_\_\_\_\_年第\_\_\_\_季度）

根据《岳阳市人民政府办公室关于印发〈岳阳市医疗救助实施细则〉的通知》（岳政办发〔2021〕25号）要求，现将\_\_\_\_年第\_\_\_\_季度到乡镇（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（公示期为一个月），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。

联系人：

联系地址：

受理举报邮箱：

受理举报电话：

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）

年 月 日





