附件 1：

 ：

西城区资助社会救助对象集中参加北京市城镇居民基本医疗保险告知书

您（及家庭成员）为我区社会救助对象，请于 年 月 日前携带以下材料到户籍所在地社区居委会办理资助参保手续，逾期不到指定地点办理的视为自行放弃。

**一、首次参保人员**1.户口簿原件和复印件（首页和本人页）；

1. 《北京市城市居民最低生活保障金领取证》或《北京市城市居民生活困难补助金领取证》、《北京市低收入家庭救助证》；
2. 近期白底 1 寸彩色证件照 2 张；
3. 在外埠办理退休手续未参加当地城镇职工医疗保险且回京取得本市非农业户籍的人员（男满60周岁，女满50周岁），需提供所在单位或退休所在地县级以上人力资源和社会保障部门出具的不享受医疗保险证明；
4. 参保人员选定的定点医疗机构（按照“就近就医、方便管理”原则，可 在全市定点医疗机构范围内就近选择 3 所医院和 1 所社区卫生服务机构）。

二、**已参保人员**

请在每年 9 月 1 日至 10 月 20 日前与社区居委会联系确认续保既可。

本告知书未涉及事项，按照《北京市城镇居民基本医疗保险办法》执行。

## 告 知 书 回 执

本人已收到《西城区社会救助对象集中参加北京市居民基本医疗保险告知书》，并已了解有关参保事项。

被告知人（签字）： 指模： 日期：

工作人员：

（社会保障事务所印章） 年 月 日

- 20 -

附件 2

# 西城区社会救助对象资助参保名册（XX 年度）

街道名称（民政科印章）： 主管领导：（社保所主管所长）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 居委会名称 | 姓名 | 身份证号 | 身份类别 | 本次资助 | 不享受资助的主要原因 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |  |

救助经办人： 医保经办人： 日期:

说明：身份类别：特困供养人员、低保或低收入。本次资助：一老、一小或无业。

不享受资助的主要原因：①办理时已退出低保或去世、②外地户籍、③在校学生儿童、④在外埠就读的学生、⑤职工医保、⑥外嫁京人员。（可只填写序号）

此表请用EXCEL 制作。

附件 3：

重大疾病参考名录

1.恶性肿瘤

2.终末期肾病(肾透析)

3.重性精神病

4.I 型糖尿病5.先天性心脏病

1. 白血病
2. 血友病

8.再生障碍性贫血

9.重大器官移植(与职工医保一致)

10.耐多药肺结核

11.艾滋病机会性感染

12.急性心肌梗塞

13.脑梗死

14.甲亢

15.唇腭裂

附件 4：

## 西城区社会救助对象基本医疗救助待遇申请表

西城区 街道 社区居委会

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 性别 |  | 身份证号码 |  |
| 与持证人关系 |  | 家庭户籍地址 |  |
| 持证人姓名 |  | 性别 |  | 身份证号码 |  |
| 户籍类别 |  | 身份类别 |  | 医疗保险类别 |  |
| 确诊医院 |  | 病情诊断 |  | 联系电话 |  |
| 救助项目 | 门诊救助 | 住院救助 | 重大疾病救助（诊断证明） | 贫困孕产妇救助（计划生育服务证复印件） |
| 治疗费用总 支 出 |  | 医保（新农合） 报 销 金 额 |  | 医疗费单据 （张） |  |
| 个人支付总 金 额 |  | 自付一金 额 |  | 自付二金 额 |  | 自费部分金额 |  |
| 申请人签字 | 申请日期： 年 月 日 |
| 经办人签字 | 年 月 日 |

说明：1、“身份类别”指城市“三无”人员、城（乡）低保人员、享受生活困难补助人员、低收入人员

2、医疗保险类别包含：公费医疗、职工基本医疗保险、居民基本医疗保险、新型农村合作医疗、商业医疗保险、其他、未参加保险；

3、救助项目：在相应的项目上以“√”标识。

附件 5：

## 社会救助申请材料补正通知书

 ：您好!

我们于 年 月 日收到您提交的 申请材料。根据《西城区社会救助对象医疗救助制度实施办法》的规定， 经审核，该申请中有如下材料欠缺或表达不清，请您在收到本补正通知书之日起5个工作日内补正。无正当理由逾期不予补正的，视为您放弃本次申请。补正申请材料所用时间不计入 审查期限。

1.

2.

3.

4.

……

（盖章） 年 月 日

说明：

* 1. 该文书适用于在申请社会救助时材料欠缺情形；
	2. 该文书由街道使用。

附件 6：

## 基本医疗救助不予批准决定书

 ：您好！

我们对您 年 月 日提交的关于西城区社会救助对象基本医疗救助申请书和相关证明材料进行了调查核实。您目前的家庭

生活状况不符合《西城区社会救助对象医疗救助制度实施办法》

的相关规定，对您申请基本医疗救助不予批准。具体理由是： 1.

2.

3.

4.

……

如对本决定不服，可以自收到本决定书之日起 60 日内向北京市西城区人民政府或者北京市民政局申请行政复议，或自收到本决定书之日起六个月内向北京市西城区（县）人民法院提起行政诉讼。

特此告知。

（单位盖章） 年 月 日

注：此告知书一式两份，一份交申请人，一份留档备查。

附件7： 编号：

## 社会救助对象享受住院押金减免和出院即时结算

审查证明

 医院：

我街道 社区居民委员会 （男/女，身份证号码 ）,参保类别 ，救助类别 。

 年 月 日持贵院出具的住院通知单及缴纳住院押金通知等材料申请住院押金减免和出院即时结算。按照《西城区社会救助对象医疗救助制度实施办法》，申请人被批准享受以下救助待遇：

□住院分娩。住院押金减免 ；同时享受正常产住院分娩 元或剖宫产住院分娩 元的生育救助。

□重大疾病救助。住院押金减免 ；同时享受重大疾病救助比例 ；当前申请人可享受救助额度 元。

□住院救助。住院押金减免 ；同时享受住院救助比例 ； 当前申请人可享受救助额度 元。

联 系 人： 联系电话:

（盖章）

年 月 日

备注：1、救助类别指享受城乡低保或生活困难补助、城乡低收入人员， 2、该文书由街道使用。

3、该文书一式两份，一份交申请人，一份留档备查。

附件 8：

## 承 诺 书

为明确申请救助人义务，倡导诚实守信的社会理念，确保政府医疗救助资金使用安全，根据《西城区社会救助对象医疗救助制度实施办法》规定，由申请救助人做出如下承诺：

一、本人保证因申请住院押金减免和出院即时结算向民政部门提供的所有证明材料均真实有效，如有隐瞒、伪造或篡改事实等欺骗行为发生，本人愿承担相应法律责任；民政部门有权终止救助， 并追回已骗取的医疗救助资金。

二、本人自觉按照定点医疗机构的要求和《西城区社会救助对象医疗救助制度实施办法》规定，按时缴纳个人应承担的各种费用， 并积极配合民政部门完成相关程序。如因本人原因造成不能按时享受救助的，由本人承担相应后果。

三、本人在结束住院治疗后，同意按照“先保险、后救助”的原则，在完成医疗保险或新农合报销程序后，及时配合医疗机构和民政部门办理住院救助资金结算手续；同时如数缴纳个人应承担的医疗费用，否则，相关管理机构有权通过司法程序予以解决。

承诺人：

年 月 日

附件 9:

西城区社会救助对象办理住院押金减免和出院即时结算登记表

街道名称： 居民委员会名称：

|  |
| --- |
| 社会救助对象填写 |
| 申请人姓名 | 申请人身份证号 | 性别 | 年龄 | 联系电话 | 申请人参保类别 |
|  |  |  |  |  | □职工医保 □居民医保 □新农合 □无医保 |
| 持证人姓名 | 持证人身份证号 | 家庭人口 | 申请人身份类别 |
|  |  |  | □低保 □生活困难补助 □低收入 |
| 诊断医院 | 诊断结果 | 即时结算定点医院 | 应收押金（元） | 申请救助项目 |
|  |  |  |  | □ 怀孕分娩 □ 重大疾病 □其他疾病 |
| 家庭户籍地址 |  |
| 实际居住地址 |  |
| 街道社会保障事务所填写 |
| 享受医疗救助比例 | 应减免押金金额（元） | 自筹押金金额（元） | 当前申请人可享受医疗救助额度（元） |
|  |  |  |  |
| 申请人签字： | 经办人签字： | 复核人签字： |
| 年月 日 | 年月 日 | 年 月 日 |

填表说明： 1、“申请人参保类别”、“申请人身份类别”和“申请救助项目”请申请人根据实际情况钩选。

2、此表一式两份，区民政局和街道社会保障事务所各一份。

保险和救助后个人负担部分

（含自费） 民政部门医疗救助

其他疾病

其中

- 29 -

医保或新农合报销

住院治疗费用合计

减收押金应收押金

押金减免

保险和救助后个人负担部分

（含自费）

西城区社会救助对象住院押金减免和出院即时结算明细表

民政部门医疗救助

其中

医保或新农合报销

救助项目

重大疾病

住院治疗费用合计

减收押金

押金减免

应收押金

填表说明: 1.“参保类别”指职工医保、居民医保、新农合或无医保。2.“救助类别”指享受城乡低保、低收入或困难补助人员

3.“医疗救助比例”指按照本区医疗救助政策各类人员按照救助项目可享受的救助比例。

保险和救助后个人负担部分

（含自费）

民政部门医疗救助

其中

医保或新农合报销

怀孕分娩

住院治疗费用合计

减收押金

押金减免

应收押金

入 出院时间

户籍地址

医疗救助比例

救助类别

参保类别

定点医疗机构名称（盖章）：

身份证号码

性别

附件 10：

救助人姓名

序号

附件 11:

单位： 街道办事处

西城区社会救助对象补充医疗救助(第一类)汇总审批表

月 份 ：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 居委会 | 户主 | 申请人 | 身份证号 | 性别 | 经医疗救助后个人负担金额 | 自付二金额 | 应纳入补充医疗救助金额 | 补充医疗救助金额 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 审核意见 | （单位盖章） 审核人签字： 年 月 日 |
| 审批意见 | （单位盖章） 审批人签字： 年 月 日 |

附件 12

**西城区社会救助对象补充医疗救助（第二类）申请审批表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 身份证号 |  |
| 户口所在地 |  | 家庭住址 |  |
| 户主姓名 | 性别 | 年龄 | 身份证号 | 与申请人关系 |
|  |  |  |  |  |
| 家庭类别 | 1、低保；2、生活困难补助；3、低收入 |
| 申请救助理由 |  | 申请人签字： 年 | 月 | 日 |  |
| 未享受基本医疗救助金额（元） |  | 个人自负金额（元） |  | 自费金额（元） |  |
| 补充医疗应救助金额（元） |  |
| 初审意见 | 单位盖章： | 初审人签字： | 年 | 月 | 日 |
| 审核意见 | 单位盖章： | 审核人签字： 年 | 月 | 日 |  |
| 审批意见 | 单位盖章： | 审批人签字： 年 | 月 | 日 |  |
| 备注 |  |