

北京市西城区民政局
北京市西城区人力资源和社会保障局
北京市西城区卫生和计划生育委员会
北京市西城区财政局

文件

西民发〔2015〕28号

北京市西城区民政局等四部门关于
印发《西城区社会救助对象医疗救助制度
实施办法》（试行）的通知

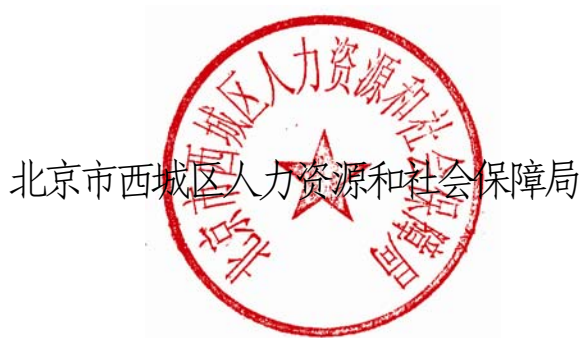
各相关单位、各街道办事处：

现将《西城区社会救助对象医疗救助制度实施办法》（试行）

印发你们，请遵照执行。



北京市西城区民政局



北京市西城区人力资源和社会保障局



北京市西城区卫生和计划生育委员会



北京市西城区财政局

2015年11月11日

西城区社会救助对象医疗救助制度实施办法

(试行)

为贯彻执行《社会救助暂行办法》(国务院令第649号)、《北京市民政局、北京市人力资源和社会保障局、北京市卫生计生委、北京市财政局关于调整完善我市城乡医疗救助制度的意见》(京民社救发〔2014〕219号)精神,进一步规范和统筹西城区社会救助对象医疗救助工作,切实发挥医疗救助在社会救助体系中的重要作用,有效缓解困难群众就医负担,不断提高社会救助对象健康水平,结合我区实际,制定本实施办法。

一、医疗救助对象范围

具有北京市户口且户籍在我区的下列人员:

- (一) 特困供养人员;
- (二) 享受城乡居民最低生活保障人员(含生活困难补助人员);
- (三) 享受城乡低收入救助人员;
- (四) 民政部门认定的其他困难人员。

前款中第(一)至(三)项以下统称“社会救助对象”。

二、医疗救助制度实施指导原则

医疗救助坚持“先保险、后救助、再慈善”的工作指导原则。

社会救助对象在北京市医疗保险或新型农村合作医疗定点医疗机构就医时发生的医疗费用,在经过城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险或新型农村合作医疗等基本医疗保险

和商业保险报销后，其个人负担部分可按规定申请享受相应的医疗救助待遇。

医疗救助原则上按自然年度办理，因病情、病程需要跨年度治疗或因医疗保险跨年度结算的，医疗费用可纳入次年度医疗救助限额内救助。

三、基本医疗救助

社会救助对象就诊时发生的医疗费用，在经过城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险或新型农村合作医疗等基本医疗保险和商业保险报销后，政策范围内（符合本市规定的基本医疗保险或新型农村合作医疗药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施范围及基本医疗保险或新型农村合作医疗相关规定的）的个人负担部分，社会救助对象中的外地户籍人员因故经批准在户籍地基本医疗保险定点医疗机构发生的政策范围内的急诊费用，可享受相应的医疗救助待遇。

（一）资助参保

具有本区户籍的社会救助对象参加城镇居民基本医疗保险，其个人缴费部分由区财政全额负担。

街道办事处社会保障事务所（以下简称社保所）应当在参保工作开始后两周内，由社保所负责社会救助工作的部门或在社区居委会工作人员的协助下，向符合资助条件的社会救助对象家庭送达《西城区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》（见附件1），履行书面告知义务，并由社保所负责社会救助工作的部门将告知书回执集中保存3年。

每年 10 月 15 日前，社保所负责社会救助工作的部门应按规定将《西城区社会救助对象资助参保名册》（见附件 2）统计完毕，对资助对象的身份类别和缴费标准进行审核确认，加盖街道办事处民政科公章，随同电子版报送同级负责办理城镇居民基本医疗保险工作的部门，由城镇居民基本医疗保险部门在每年 10 月 20 日前完成资助参保工作。

在参保缴费期间被批准享受社会救助且个人未办理缴费手续的，由社保所负责社会救助工作的部门参照前述流程随时办理。

城镇居民基本医疗保险缴费工作截止后第一个月，社保所负责社会救助工作的部门应将已资助对象的名单及资助金额等情况录入北京市医疗救助系统，并将名册报区民政局业务科室备案。

（二）减免医疗费用

特困供养人员、最低生活保障人员和生活困难补助人员就诊时，可享受基本手术费和 CT、核磁共振大型设备检查费 20%，以及普通住院床位费 50%的减免。

（三）门诊救助和住院救助

1. 门诊救助

（1）特困供养人员政策范围内的个人负担部分，由民政部门实报实销。民政部门管理的因公（病）致残返城知青的门诊救助参照上述人员标准执行。

（2）民政部门管理的享受原工资 40%救济的 60 年代精减退

职老职工，政策范围内个人负担部分由民政部门按照 70%给予救助。

(3) 除前述人员以外的社会救助对象，政策范围内个人负担部分由民政部门按照 70%给予救助，全年救助封顶线 4000 元。

2. 住院救助

(1) 特困供养人员政策范围内的个人负担部分，由民政部门实报实销。民政部门管理的因公（病）致残返城知青的住院救助参照上述人员标准执行。

(2) 民政部门管理的享受原工资 40%救济的 60 年代精减退职老职工，政策范围内个人负担部分由民政部门按照 70%给予救助。

(3) 除前述人员以外的社会救助对象，政策范围内个人负担部分由民政部门按照 70%给予救助，全年救助封顶线 40000 元。

(4) 以下两种情形在门诊发生的医疗费用可执行住院救助标准：

① 恶性肿瘤放射治疗和化学治疗，肾透析、肾移植（包括肝肾联合移植）后服抗排异药，血友病、再生障碍性贫血、肝移植术后抗排异治疗，以及心脏移植术后抗排异治疗和肺移植术后门诊抗排异治疗的费用。

② 在急诊留观发生符合基本医疗保险支付范围的相关医疗费用。

(四) 重大疾病救助

社会救助对象因罹患重大疾病（具体病种见附件 3）发生的

门诊或住院医疗费用，可按下列政策享受重大疾病救助。

1. 特困供养人员政策范围内的个人负担部分，由民政部门实报实销。民政部门管理的因公（病）致残返城知青的门诊救助参照上述人员标准执行。

2. 民政部门管理的享受原工资 40%救济的 60 年代精减退职老职工，政策范围内个人负担部分由民政部门按照 75%给予救助。

3. 除前述人员以外的社会救助对象，政策范围内个人负担部分由民政部门按照 75%给予救助，全年救助封顶线 80000 元。对于已享受门诊救助和住院救助的社会救助对象，其患重大疾病后的门诊和住院救助标准按照重大疾病救助待遇执行，不再按门诊救助和住院救助待遇执行，已享受的门诊救助和住院救助金额应从重大疾病医疗救助额度中扣除。

（五）生育救助

享受社会救助且持有本市卫生和计生部门出具的生育服务证明的贫困孕产妇，自孕期检查 12 周至产后 42 天内在指定医疗机构进行产前检查、住院分娩发生的医疗费用，在经过生育保险或城镇居民基本医疗保险或新型农村合作医疗等基本医疗保险和商业保险报销后，政策范围内个人负担部分，由民政部门按照孕期检查救助不超过 1200 元、正常产住院分娩救助不超过 2600 元、剖宫产住院分娩救助不超过 4200 元给予生育救助。

（六）基本医疗救助申请审批程序

1. 申请。社会救助对象申请基本医疗救助待遇，应当按属地管理的原则，由共同生活的家庭成员按月向户籍所在地街道办事

处社保所提出申请，同时提交以下证明材料：

(1)北京市医疗门诊收费票据或北京市医疗住院收费票据，以及北京市城镇职工基本医疗保险或城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等主管部门出具的费用结算分割单。

(2)本市医保或新农合定点医疗机构出具的诊断证明。

(3)罹患重大疾病的，需提供本市二级及以上医保或新农合定点医疗机构出具的诊断证明。

(4)怀孕分娩的，需提供生育服务证复印件。

(5)民政部门认为需要提供的其它证明材料。

2.受理审核。街道办事处是受理基本医疗救助待遇申请的责任主体。受街道办事处委托，社保所应当承担基本医疗救助的事务性工作。查验申请人享受社会救助的证件，审核申请人提供的相关材料，材料齐备的予以受理，指导申请人填写《西城区社会救助对象基本医疗救助待遇申请表》(见附件4)。材料不齐备的，街道办事处社保所应当填写《社会救助申请材料补正通知书》(见附件5)，书面告知申请人补齐所有规定材料。

社保所应当核实申请人年度内享受医疗救助情况，将相关材料报送街道办事处负责医疗救助审核的行政主管部门，由主管部门提出审核意见；同时由社保所将申请家庭相关信息录入北京市医疗救助系统，完成网上审核工作。

街道办事处应当自受理救助申请后10个工作日内完成审核工作。

3.审批。区民政部门负责社会救助对象基本医疗救助待遇的

审批工作。对街道办事处提交的材料进行复核，完成北京市医疗救助系统网上审批工作，并在北京市医疗救助专项系统生成的审批表上签署审批意见。区民政部门应当自收到街道办事处上报材料后 5 个工作日内完成审批工作。

对于不符合救助条件的，区民政部门应当在做出不予审批决定后 2 个工作日内，通过社保所送达《基本医疗救助待遇不予批准决定书》（见附件 6），书面告知申请人并说明理由。

4. 资金发放。社会救助对象基本医疗救助金实行社会化发放，由街道办事处根据申请人提供的金融机构信息，通过银行等代理金融机构，于审批工作结束后的 10 个工作日内完成资金发放工作。

（七）退离居委会老积极分子的医疗待遇，参照基本医疗救助政策执行，医疗待遇的调整以北京市民政局发布的相关文件为准。退离居委会老积极分子的身份认定、待遇审批等事项，由区民政局社区建设办公室负责。

四、前置医疗救助（住院押金减免和出院即时结算）

（一）救助范围

已参加本市职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险或新型农村合作医疗的社会救助对象（不含特困供养人员，下同），因病确需住院且持有提供住院押金减免和出院即时结算服务的定点医疗机构（以下简称“定点医疗机构”）出具的诊断证明和住院通知单的，由定点医疗机构按照医疗救助政策减收住院押金并提供出院即时结算服务。

（二）住院押金减免和出院即时结算定点医疗机构

三级医院（5家）：首都医科大学附属复兴医院、北京中医药大学附属护国寺中医医院（北京市针灸医院）、北京市西城区二龙路医院（北京市肛肠医院）、北京市宣武中医医院、北京市回民医院；

二级医院（6家）：北京市第二医院、北京市西城区平安医院、北京市西城区展览路医院、北京市西城区广外医院、北京市西城区妇幼保健院、北京市丰盛中医骨伤专科医院。

（三）救助标准

1. 住院押金减免

社会救助对象需住院救治的，凭民政部门出具的证明，可在定点医疗机构享受押金减免服务。定点医疗机构对经民政部门审核确认的社会救助对象的住院押金予以70%减免，减免额度每人每年累计不超过40000元。因罹患重大疾病的可申请享受住院押金75%减免，减免额度每人每年累计不超过80000元。

2. 出院即时结算

经民政部门审核确认的社会救助对象在办理出院手续时，对于经医疗保险或新农合报销后政策范围内的个人负担部分，享受住院救助的，由定点医疗机构按70%给予救助，个人只缴纳应承担的治疗费用，个人全年累计享受救助不超过4万元；享受重大疾病救助的，由定点医疗机构按75%给予救助，个人只缴纳应承担的治疗费用，个人全年累计享受救助不超过8万元。

住院押金减免和出院即时结算的救助标准随本市城乡医疗

救助制度适时调整。

（四）申请审批及资金结算流程

1. 办理申请。社会救助对象办理住院押金减免和出院即时结算，应当按照属地管理的原则，由共同生活的家庭成员向户籍所在地街道办事处社保所提出出具《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》（见附件 7）的申请，同时提交以下证明材料：

（1）定点医疗机构出具的住院通知单和住院押金缴费通知的复印件。

（2）罹患重大疾病的，需提供本市二级及以上医保或新农合定点医疗机构出具的诊断证明。

（3）怀孕分娩的，需提供生育服务证复印件。

（4）民政部门认为需要提供的其它证明材料。

2. 出具证明。社保所应当查验申请人享受社会救助的证件以及住院押金缴费通知的原件，审核申请人提交的相关材料，核实申请人年度内享受医疗救助情况，指导申请人填写《承诺书》（见附件 8）和《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》（见附件 9）。材料齐备的，为申请人出具《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》。材料不齐备的，应当填写《社会救助申请材料补正通知书》（见附件 5），书面告知申请人补齐所有规定材料。

社保所应当在 1 个工作日内完成审查出证工作。

3. 实施救助。定点医疗机构负责对社会救助对象开展相关救助工作。

(1) 确需住院治疗的社会救助对象，应当持享受本市社会救助的相关证件和医院出具的住院通知单，以及社保所出具的《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》，到定点医疗机构办理住院手续。

(2) 定点医疗机构在确认社会救助对象身份且完成住院押金减免后，应及时将救助对象收治入院完成住院救治工作。

(3) 定点医疗机构在完成救助对象住院治疗后，应按照“先保险、后救助”的原则，结清应由城镇职工基本医疗保险或城镇居民基本医疗保险、新农合支付的医疗费用。对于上述医疗保险支付后的个人负担部分，由定点医疗机构，按照基本医疗救助政策先行垫付，社会救助对象只需支付自负部分即可办理出院手续。

4. 数据统计与资金结算。区民政部门应当与定点医疗机构共同做好资金结算工作。

(1) 社会救助对象住院押金减免和出院即时结算的救助资金从本区医疗救助资金中列支。

(2) 定点医疗机构应于每月 20 日前，向社保所提供社会救助对象住院治疗的诊断证明和《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》（见附件 10）以及医疗费用收据、城镇职工基本医疗保险或城镇居民基本医疗保险、新农合的医疗保险费用分割单，为民政部门完成审核审批工作提供方便。

(3) 定点医疗机构应设立“城市医疗救助资金”专户。根据我区财政体制，街道办事处接到定点医疗机构报送的《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》后，应于10个工作日内将救助资金拨付至定点医疗机构“城市医疗救助资金”专户。

(4) 社保所应当按照定点医疗机构反馈的相关数据，在资金结算后及时将社会救助对象享受住院押金减免和出院即时结算的信息录入北京市医疗救助系统进行审批。

5. 服务监管。民政部门要会同人力社保、卫生、财政部门做好对医疗服务行为质量的监督管理，防控不合理医疗行为和费用。对不按规定用药、诊疗以及提供医疗服务所发生的费用，民政部门不予结算。

五、补充医疗救助

(一) 补充医疗救助类别

第一类：社会救助对象（不含特困供养人员，下同）因患疾病经基本医疗救助后，个人负担（医保自付一，自付二）的医疗费用，由户籍所在地社保所在其基本医疗救助结束后按月为其办理补充医疗救助。

第二类：社会救助对象在基本医疗保险定点医疗机构就医时发生的医疗费用（医保自付一，自付二），因基本医疗救助限额已满而未进行基本医疗救助的；以及社会救助对象在基本医疗保险定点零售药店发生的医疗费用（医保自付一，自付二），由社会救助对象向户籍所在地社保所按季度申请补充医疗救助。

（二）救助标准

个人负担医疗费用按 50% 给予救助，每个家庭每年度最高救助额度不超过 10 万元。

（三）救助审批程序

社保所负责补充医疗救助的受理和审核工作，街道办事处负责第一类补充医疗救助和第二类补充医疗救助中单户一次性救助金额 2 万元以下（含 2 万元）的审批工作，区民政局负责第二类补充医疗救助中单户一次性救助金额 2 万元以上的审批工作。

第一类补充医疗救助由社会救助对象户籍所在地的社保所在其基本医疗救助结束后，由社保所填写《西城区社会救助对象补充医疗救助（第一类）汇总审批表》（附件 11），按月为其办理补充医疗救助。

第二类补充医疗救助审批按以下流程办理：

1. 申请

符合申请第二类补充医疗救助条件的，由申请人向户籍所在地社区居民委员会（以下简称居委会）提出书面申请，并提交以下材料：

（1）申请人户口簿复印件。

（2）申请人身份证复印件。

（3）本区发放的《城乡居民最低生活保障金领取证》复印件或本区发放的《北京市低收入家庭救助证》复印件。

（4）北京市二级及以上医保定点医疗机构出具的诊断证明、未经基本医疗救助的北京市医保定点医疗机构（药店）出具的收

费专用收据原件（需提供明细）、医疗保险管理部门出具的医疗保险分割单。

（5）民政部门认为需要提供的其他证明材料。

2. 审核

居委会接到社会救助对象提交的补充医疗救助书面申请后，应协助申请人如实填写《西城区社会救助对象补充医疗救助（第二类）申请审批表》（附件 12）并进行公示，时间不超过 7 个工作日。

居委会经初步核实，对符合救助条件的，要在《西城区社会救助对象补充医疗救助（第二类）申请审批表》上签署意见并加盖公章，会同有关材料上报社保所。

社保所以对符合救助条件的，按照权限进行审批或会同有关材料上报区民政局。

3. 审批

救助金额在 2 万元（含）以内的，由街道办事处按照有关程序审批，并在每月 5 日前（节假日顺延）将《西城区社会救助对象补充医疗救助统计表》（见附件 13）报区民政局备案；救助金额在 2 万元（不含）以上的，由区民政局按照有关程序审批。

救助金额在 2 万元（含）以内，材料齐全且符合补充医疗救助条件的，街道办事处应在 10 个工作日内办理完审批手续；对不符合补充医疗救助条件的，应填写《补充医疗救助不予批准决定书》（见附件 14）并在 5 个工作日内书面通知申请人。

救助金额在 2 万元（不含）以上的，材料齐全且符合补充医

疗救助条件的，区民政局应在 10 个工作日内办理完审批手续；对不符合补充医疗救助条件的，应在 5 个工作日内以书面的形式反馈街道办事处，由街道办事处通知申请人，并说明理由。

4. 救助资金

补充医疗救助资金从区医疗救助资金列支。

补充医疗救助资金实行社会化发放，由街道办事处根据社会救助对象提供的金融机构信息，在审批工作结束后 10 个工作日内完成资金发放工作。

六、与相关政策的衔接

（一）与大病保险政策的衔接。区民政部门在年度医疗救助工作截止后，应将本区医疗救助对象享受医疗救助的信息，报送区卫生和计生部门、人力社保部门，协助开展大病保险工作。

（二）与慈善医疗救助的衔接。医疗救助对象因罹患重大疾病或罕见病，在经过基本医疗保险（包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险或新型农村合作医疗）或商业保险、大病保险和医疗救助报销后，个人负担仍然较重且严重影响其家庭基本生活的，可向区慈善协会申请慈善医疗救助。

七、医疗救助资金的管理

医疗救助资金按照财政预算管理要求，纳入预算管理。中央和市级下拨的城乡医疗救助补助资金，以及区本级安排的医疗救助资金统筹安排使用。

（一）区财政根据上年度末享受城市居民最低生活保障和低收入救助的人数，按照上年城市居民最低生活保障年保障标准的

15%编制医疗救助资金安排预算。具体公式为：医疗救助预算资金=本区上年城市低保年保障标准（全额）×上年底城乡低保人数×15%。

（二）民政部、市民政局下拨的医疗救助资金按拨款通知单确定的用途使用。

八、工作要求

（一）加强组织领导

医疗救助制度事关困难群众切身利益，是保民生、促公平的托底性、基础性制度安排，是保障困难群众基本生活，有效缓解其就医负担的有效方法。各街道办事处和与医疗救助相关的单位要站在维护首都改革、区域发展和稳定大局的高度，切实加强对医疗救助工作的组织领导，认真做好医疗救助政策的贯彻落实。

（二）积极推进实施

在区政府的统一领导下，相关部门之间加强沟通，密切协作，并按照部门职责共同抓好政策落实。区民政部门要充分发挥医疗救助主管部门的作用，加强与区人力社保、卫生计生、财政部门以及定点医疗机构的协调配合和沟通，确保救助政策落实到位。人力社保部门要做好本辖区内的社会救助对象参加城镇居民基本医疗保险的服务工作，积极推进基本医保与医疗救助结算衔接。卫生和计生部门要规范医疗服务行为，加强对定点医疗机构的监督管理，努力为困难群众提供方便、优质的医疗服务。财政部门要做好医疗救助资金的保障和监督管理工作，确保资金拨付及时畅通。

（三）强化规范管理

各街道办事处和区民政局要加强依法行政的意识，严格按照政策规定做好医疗救助资格审核和资金发放工作。对玩忽职守、徇私舞弊，挪用、挤占、套取医疗救助资金的行为要依法依规严肃处理。

承担住院押金减免和出院即时结算工作的定点医疗机构要开设医疗救助即时结算缴费窗口，张贴就医指南或在就医指南中明确住院押金减免和出院即时结算的优先窗口，接受政府和社会公众的监督。对违规套取医疗救助资金的单位和个人，区民政部门会同区人力社保、卫生和计生、审计、监察等部门予以查处，构成犯罪的，依法追究刑事责任。

九、本《办法》自 2016 年 1 月 1 日起施行。原城市特困人员医疗救助政策与本办法不一致的，以本办法为准。

- 附件：1. 西城区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
2. 西城区社会救助对象资助参保名册
3. 重大疾病参考名录
4. 西城区社会救助对象基本医疗救助待遇申请表
5. 社会救助申请材料补正通知书
6. 基本医疗救助待遇不予批准决定书
7. 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

8. 承诺书
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
10. 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
11. 西城区社会救助对象补充医疗救助（第一类）汇总审批表
12. 西城区社会救助对象补充医疗救助（第二类）申请审批表
13. 西城区社会救助对象补充医疗救助统计表
14. 补充医疗救助不予批准决定书

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
6. 白血病
7. 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。

(盖章)

年 月 日

联系人:

联系电话:

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，由申请救助人员做出如下承诺：

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
					<input type="checkbox"/> 职工医保 <input type="checkbox"/> 居民医保 <input type="checkbox"/> 新农合 <input type="checkbox"/> 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		
			<input type="checkbox"/> 低保 <input type="checkbox"/> 生活困难补助 <input type="checkbox"/> 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	
				<input type="checkbox"/> 怀孕分娩 <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 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勾选。

2、此表一式两份,区民政局和街道社会保障事务所各一份。

附件 11:

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:

单位: 街道办事处

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	<p style="text-align: right;">申请人签字： 年 月 日</p>						
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	<p style="text-align: right;">单位盖章： 初审人签字： 年 月 日</p>						
审核意见	<p style="text-align: right;">单位盖章： 审核人签字： 年 月 日</p>						
审批意见	<p style="text-align: right;">单位盖章： 审批人签字： 年 月 日</p>						
备注							

北京市西城区民政局办公室

2015年11月11日印发
