

北京市西城区民政局
北京市西城区财政局
北京市西城区卫生健康委员会
北京市西城区医疗保障局

文件

西民发〔2020〕15号

关于印发西城区孤儿和事实无人抚养儿童
医疗保障工作实施细则的通知

各街道办事处，展览路医院：

现将《西城区孤儿和事实无人抚养儿童医疗保障工作实施细则》印发给你们，望认真学习贯彻，切实落实好我区孤儿和事实

无人抚养儿童医疗保障工作。



北京市西城区民政局



北京市西城区财政局



北京市西城区卫生健康委员会



北京市西城区医疗保障局

2020年6月2日

西城区孤儿和事实无人抚养儿童 医疗保障工作实施细则

为提高父母双亡的社会散居孤儿、纳入我区困境儿童生活保障范围的事实无人抚养儿童（以下简称事实无人抚养儿童）的综合医疗保障水平，根据市民政局、市人力资源和社会保障局、市卫生健康委员会、市财政局《关于做好孤儿和事实无人抚养儿童医疗保障工作有关事宜的通知》（京民福发〔2018〕368号）有关要求，现制订我区孤儿和事实无人抚养儿童医疗保障工作实施细则如下：

一、保障内容

（一）孤儿医疗保障

1. 孤儿参保。父母双亡的社会散居孤儿参加城乡居民基本医疗保险的个人缴费由区财政给予全额补贴，具体由户籍所在街道实施。

2. 孤儿门诊和住院。父母双亡的社会散居孤儿在我市医保定点医疗机构门诊和住院时发生的医疗费用，经城乡居民基本医疗保险和商业保险报销后的个人负担部分，由各街道100%实报实销。

（二）事实无人抚养儿童医疗保障

1. 事实无人抚养儿童参保。事实无人抚养儿童参加城乡居民基本医疗保险的个人缴费由区财政给予全额补贴，由户籍所在街

道具体实施。

2. 事实无人抚养儿童门诊和住院。事实无人抚养儿童在我市医保定点医疗机构就诊时发生的医疗费用，经城乡居民基本医疗保险和商业保险报销后，可按下列政策享受医疗保障待遇。

（1）门诊保障。事实无人抚养儿童个人负担部分的医疗费用，由户籍所在街道按照 80% 给予报销，一个医疗保险年度内不超过 8000 元。

（2）住院保障。事实无人抚养儿童个人负担部分的医疗费用，由户籍所在街道按照 80% 给予报销，一个医疗保险年度内不超过 8 万元。

3. 事实无人抚养儿童重大疾病保障。事实无人抚养儿童因罹患重大疾病（参照城乡医疗救助重大疾病名录，附件 1）发生的门诊或住院治疗费用，其个人负担部分由户籍所在街道按照 85% 给予报销，一个医疗保险年度内不超过 16 万元。

二、孤儿医疗保障执行程序

（一）孤儿参保。父母双亡的社会散居孤儿符合参保条件的，由户籍所在地街道市民中心根据民生保障办公室提供的名单，统一办理参保缴费手续。

（二）孤儿门诊和住院。父母双亡的社会散居孤儿门诊或住院治疗，按照规定报销后的个人负担部分，由其监护人按月或者实际向户籍所在街道市民中心申请，由街道民生保障办公室审核后给予报销。两类人员报销时需提供以下材料：

1. 《西城区孤儿和事实无人抚养医疗保障申请审批表》（附

件 2);

2. 医疗门诊或医疗住院收费票据;

3. 本市医保定点医疗机构出具的诊断证明书,其中罹患重大疾病的,须提供本市二级及以上医保定点医疗机构出具的诊断证明书;

4. 孤儿本人银行账户信息。

三、事实无人抚养儿童医疗保障执行与管理

(一) 事实无人抚养儿童参保

每年城乡居民基本医疗保险参保工作开始当月,街道市民中心根据民生保障办公室提供的事实无人抚养儿童名单,统一办理参保缴费手续。未参加城乡居民基本医疗保险的儿童,其监护人须及时到户籍所在地街道市民中心办理参保手续。

(二) 事实无人抚养儿童在我区定点医院出院即时结算

区民政局和区卫生健康委按照“就近便民”的原则,在辖区内共同确认展览路医院作为我区定点医疗机构,承担事实无人抚养儿童出院即时结算工作。

1. 申请。事实无人抚养儿童因病住院治疗的,由其监护人向户籍所在地街道市民中心提出申请,同时提供以下材料:

(1) 即时结算定点医疗机构出具的住院通知单复印件;

(2) 罹患重大疾病的,提供本市二级及以上医保定点机构出具的诊断证明书复印件;

(3) 儿童本人银行账户信息。

2. 出具证明。经街道市民中心、民生保障办公室查验材料，并核实儿童年度内享受住院医疗保障待遇情况，指导申请人填写《承诺书》（附件4）和《事实无人抚养儿童出院即时结算登记表》（附件5）。经部门沟通和调查核实，对材料完整齐全、真实有效的，应为申请人当场制作和出具《事实无人抚养儿童出院即时结算审查证明》（附件3）；材料不齐备的，应当填写《申请材料补正通知书》（附件6），书面告知申请人补正所有规定材料。申请人凭《事实无人抚养儿童出院即时结算审查证明》、住院通知单等，到展览路医院为儿童本人办理住院手续。

3. 定点医疗机构先行垫付。展览路医院完成事实无人抚养儿童住院救治后，应结清由城乡居民基本医疗保险支付的医疗费用，并按照本政策规定，先行垫付事实无人抚养儿童医疗保障费用。事实无人抚养儿童监护人支付自负部分后即可办理出院手续。

4. 数据统计与资金结算。所属街道应当与展览医院共同开展数据统计、资金结算工作，并做好有关信息系统数据录入和维护工作。

（1）展览路医院应当每月或者实际向各街道上报提供事实无人抚养儿童住院治疗的诊断证明和《住院医疗保障费用结算明细表》（附件7）以及医疗保险费用分割单。

（2）所属街道应当与展览路医院建立垫付资金定期结算机制，每月或者实际根据展览路医院报送的相关资料，完成事实无

人抚养儿童医疗保障待遇审核，做好资金划拨工作。

（三）事实无人抚养儿童诊后费用报销

事实无人抚养儿童门诊或未在展览路医院住院产生的医疗费用，在同一医疗保险年度内，经城乡居民基本医疗保险和商业保险报销后，由其监护人向户籍所在地街道市民中心提出书面申请，同时提交以下材料：

1. 西城区孤儿和事实无人抚养医疗保障申请审批表》（附件2）；
2. 医疗门诊或医疗住院收费票据；
3. 本市医保定点医疗机构出具的诊断证明书，其中罹患重大疾病的，须提供本市二级及以上医保定点医疗机构出具的诊断证明书；
4. 儿童本人银行账户信息。

经街道市民中心查验、街道民生保障办公室审核后给予报销。

事实无人抚养儿童医疗保障报销费用实行社会化发放，由各街道直接发放至儿童本人银行账户。

（四）相关政策衔接

各街道在年度医疗保障结算工作截止后，应将本街道户籍事实无人抚养儿童享受医疗保障的信息，报送区医疗保障局，协助开展大病保险工作。

（五）加强服务监管

区民政局同区财政局、区卫生健康委、区医疗保障局等部门做好对医疗服务行为的监督管理，防控不合理医疗行为和费用。对不按规定用药、诊疗以及提供其他医疗服务所发生的费用，不予结算。对违反合作协议，不按规定提供医疗服务的，应终止合作，取消即时结算定点医疗机构资格，并依法追究 responsibility。对事实无人抚养儿童监护人违反相关承诺骗取出院即时结算医疗保障资金等行为，有关部门将依法追回相关资金，构成犯罪的，移送司法机关处理，并将监护人失信行为纳入个人公共信用信息平台。

四、资金管理

（一）资金来源

区财政部门根据孤儿和事实无人抚养儿童医疗需求等实际，科学编制和落实医疗保障资金预算，列入儿童福利支出。

（二）缴拨流程

孤儿和事实无人抚养儿童参保补贴资金缴拨工作按照《关于城乡居民医疗保险制度整合后有关事项的通知》（京财社〔2018〕215号）规定，由社保经办机构会同财政部门办理。

展览路医院因开展事实无人抚养儿童住院保障发生的垫付资金，由各街道审核确认后，直接拨付至展览路医院。

五、工作要求

（一）充分认识做好孤儿和事实无人抚养儿童医疗保障工作的意义。对孤儿和事实无人抚养儿童给予参保补贴和基本医保基

础上的门诊、住院和大病医疗保障是健全完善我区困境儿童分类保障制度的重要举措，是提高孤儿和事实无人抚养儿童综合医疗保障水平的内在要求，是践行以人民为中心的发展思想、促进社会公平正义的重要体现，有利于进一步维护孤儿和事实无人抚养儿童健康成长权益。各有关部门要充分认识做好孤儿和事实无人抚养儿童医疗保障工作的必要性和重要性，高度重视，进一步加强对此项工作的组织领导。

（二）切实落实部门职责。各有关部门要明确职责分工，加强协调配合，采取有力措施，共同推动政策落实。各街道要做好做好孤儿和事实无人抚养儿童身份审核、参保信息汇总报送、待遇申请受理和审核、数据统计录入与反馈、费用报销结算以及预算编制等工作；在年度医疗保障结算工作截止后，向区民政局报告保障情况。区民政局协同区财政局、区卫生健康委、区医疗保障局和街道以及展览路医院，推动政策执行和落实到位；对孤儿和事实无人抚养儿童医疗需求符合我市“残疾孤儿手术康复明天计划”长效机制保障条件的，可按规定另行申请；对享受本区城乡低保或低收入救助待遇的事实无人抚养儿童可由其监护人自愿选择适用本政策或城乡社会救助对象医疗救助政策，不同时享受；建立全区社会散居孤儿和事实无人抚养儿童健康档案管理台账，开展定期家庭巡视，提供必要帮扶；对政策执行过程中遇到的其他疑难问题要及时沟通和研究，加强指导，妥善解决。区财政局要保障孤儿和事实无人抚养儿童医疗保障预算资金的落实，

加强资金使用的监督与管理等。区卫生健康委要加强对定点医疗机构的监督管理，努力为事实无人抚养儿童提供方便、优质的医疗服务。区医疗保障局要做好孤儿和事实无人抚养儿童参加城乡居民基本医疗保险、大病保险报销等的服务工作。

（三）加强针对性培训和宣传引导。区民政局及相关部门在政策贯彻实施过程中，要及时组织对街道有关部门工作人员的政策培训，使其准确把握和执行政策。要注重开展多种形式的社区政策宣传和政策解读，使社会散居孤儿、事实无人抚养儿童的监护人和社会各界能够充分了解和理解这项工作，为政策实施营造良好的社会环境。

本细则自 2020 年 7 月 1 日执行。

- 附件：1. 城乡医疗救助重大疾病名录
2. 西城区孤儿和事实无人抚养儿童医疗保障
（ ）月份申请审批表
3. 事实无人抚养儿童出院即时结算审查证明
4. 承诺书
5. 事实无人抚养儿童出院即时结算登记表
6. 申请材料补正通知书
7. 住院医疗保障费用结算明细

附件 1

城乡医疗救助重大疾病名录

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
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 2

西城区孤儿和事实无人抚养儿童医疗保障
() 月份申请审批表

区	街道	居民委员会		
儿童监护人填写				
儿童姓名	性别	身份证号	儿童福证号	
监护人姓名	性别	身份证号	联系电话	双方关系
儿童家庭户籍地址			儿童实际住址	
儿童本人银行账户信息		(户名、开户行、账号)		
医疗总费用 (元)	城乡居民基本医疗保险和商业保险 报销 (元)		个人自付费用 (元)	
门诊:				
住院:				
街道社会保障事务所填写				
申请报销项目	☐ 住院保障, 报销比例为 % , 本次报销为 元, 年度内累计报销 元			
	☐ 重大疾病保障 , 报销比例为 % , 本次报销为 元, 年度内累计报销 元			
街道市民中心意见:			街道民生保障办公室意见:	
签字: 年 月 日			签字: 年 月 日	

注: 此表一式三份, 街道民生保障办公室、街道市民中心、申请人各一份。

附件 3

事实无人抚养儿童出院即时结算审查证明

展览路医院：

我街道 居委会事实无人抚养儿童（男/女，身份证号： ），监护人 （男/女，身份证号： ，双方关系： ）于 年 月 日持贵院出具的住院通知单等材料申请事实无人抚养儿童出院即时结算。根据西城区民政局、财政局、卫生健康委、医疗保障局关于印发《西城区孤儿和事实无人抚养儿童医疗保障实施细则》的通知（试行）精神，申请人被批准享受以下医疗保障待遇：

☐住院保障，可享受报销比例为 %，本次最大报销额度为 元：

☐重大疾病保障，可享受报销比例为 %，本次最大报销额度 元。

（盖章）

年 月 日

备注：该文书一式三份，街道民生保障办公室、街道市民中心、申请人各留存一份。

附件 4

承 诺 书

根据《西城区孤儿和事实无人抚养儿童医疗保障工作实施细则》规定，本申请人作为事实无人抚养儿童×××（身份证号： ）监护人，承诺如下：

一、保证因申请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、伪造或篡改事实等行为发生，本人愿承担相应法律责任；民政部门有权取消已申请获得的本项待遇资格，并追回已骗取的医疗保障资金。

二、按照定点医疗机构的要求《西城区孤儿和事实无人抚养儿童医疗保障工作实施细则》规定，缴纳个人应承担的各项费用，配合民政部门完成相关程序。如因本人原因造成儿童不能按时享受本项待遇，本人愿承担相应后果。

三、本人同意在儿童结束住院治疗和完成城乡居民基本医疗保险报销程序后，由定点医疗机构将保险费用分割单报送民政部门，并及时配合医疗机构和民政部门办理住院保障资金结算手续；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（签字）：

年 月 日

附件 5

事实无人抚养儿童出院即时结算登记表

西城区		街道		居民委员会	
儿童监护人填写					
儿童姓名	性别	身份证号		儿童福证号	
监护人姓名	性别	身份证号		联系电话	双方关系
儿童家庭户籍地址				儿童实际住址	
儿童本人银行账户信息		(户名、开户行、账号)			
诊断医院		诊断结果		即时结算定点医院	
街道社会保障事务所填写					
申请即时结算项目		☐ 住院保障，报销比例为 %，本次最大报销额度为 元			
		☐ 重大疾病保障，报销比例为 %，本次最大报销额度为 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	

注：此表一式三份，街道民生保障办公室、街道市民中心、申请人各一份。

附件 6

申请材料补正通知书

：您好！

我部门于 年 月 日收到您提交的关于 申请材料。根据西城区民政局、区财政局、区卫生健康委、区医疗保障局《关于印发西城区孤儿和事实无人抚养儿童医疗保障工作实施细则（试行）的通知》规定，经审核，申请材料存在以下欠缺或内容表达不清，请您在收到本补正通知书之日起 5 个工作日内补正。无正当理由逾期未补正的，视为您放弃本次申请。补正申请材料所用时间不计入本次审查期限。

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
-

（盖章）
年 月 日

附件 7

住院医疗保障费用结算明细表

展览路医院（盖章）：

单

位：元

序号	儿童姓名	性别	社会保障号码	参保类别	医疗报销比例	户籍地址	入-出院时间	住院保障					
								重大疾病保障			其他住院保障		
								住院治疗费用合计	其中		住院治疗费用合计	其中	
									城乡基本医保报销	报销后个人负担部分		城乡基本医保报销	保险报销后个人负担部分

