

江门市医疗保障局文件

江医保发〔2021〕42号

江门市医疗保障局关于印发《江门市医疗救助 经办业务管理规程》的通知

各市（区）医保局（分局）：

现将《江门市医疗救助经办业务管理规程》印发给你们，请遵照执行。

江门市医疗保障局

2021年4月30日

江门市医疗救助经办业务管理规程

第一章 总 则

第一条 为统一规范全市医疗救助管理服务工作，根据《社会救助暂行办法》（国务院令 第 649 号）、《广东省人民政府办公厅转发省民政厅等部门关于进一步完善医疗救助制度全面开展重特大疾病医疗救助工作实施意见的通知》（粤府办〔2016〕2 号）、《广东省城乡医疗救助基金管理办法》（粤财社〔2015〕26 号）、《关于进一步加强医疗救助“一站式”结算工作的通知》（粤医保发〔2018〕5 号）、《江门市人民政府关于印发江门市医疗救助办法的通知》（江府〔2019〕40 号）等有关规定，制定本规程。

第二条 本规程适用于全市各级医疗保障经办机构（以下简称医保经办机构）和镇人民政府（街道办事处）办理医疗救助业务的工作。

第三条 本规程所指医疗救助业务包括医疗救助对象的核定、医疗救助待遇核发、医疗救助“一站式”结算、医疗救助费用零星报销、基金财务管理、信息系统应用与维护、监督管理、档案管理和统计分析等内容。

第四条 我市医疗救助实行“六统一”的市级统筹管理模式，即在全市范围内统一救助对象范围、统一救助方式、统一救助待

遇标准、统一经办服务、统一基金管理、统一信息系统。

第五条 各市（区）医保经办机构负责户籍（或居住地，下同）所在地救助对象医疗救助申请的审核和结果公示，核拨医疗救助待遇，组织医疗救助“一站式”结算等具体经办业务工作，会同本级医疗保障行政部门、财政部门编制医疗救助基金预算，协助做好监督检查、政策宣传、资金落实和拨付等工作。

各镇人民政府（街道办事处）负责户籍所在地救助对象医疗救助申请的受理、调查、审核、上报和公示工作，各村民委员会、居民委员会协助做好有关工作。

第六条 各市（区）医保经办机构依照职责承担的医疗救助业务可以通过实体服务窗口办理，按照规范化、标准化、便捷化的目标，优化流程、精简环节、缩短时限、减证便民，统一申报要求、统一审核标准、统一裁量尺度、统一服务文本，规范医疗救助业务办理，拓展公共服务内容和渠道，逐步全面实现医疗救助公共服务事项线上办理。

第七条 规范全市医疗救助业务文书管理。医疗救助业务常用表格、文书基准样式由市医疗保障行政部门制定，各市（区）参照执行。

第八条 逐步实施业务办理全程影像化管理。各市（区）医保经办机构应当将医疗救助经办业务所要求提供的材料，核对原件，并扫描存入信息系统归档。

第九条 各级医保经办机构应当与税务、民政、扶贫、社会

保险经办机构等部门，逐步建立参保缴费、救助对象认定、医疗费用待遇等信息共享机制，原则上重复信息不得重复填写，重复材料不得重复提交，能通过信息共享交换获取的信息，不得要求救助对象提供。

第十条 各级医保经办机构应当加强医疗救助业务监管，明确岗位职责，实行岗位权限设置，建立逐级审批制度，强化风险控制，业务办理实施全程痕迹管理。设置业务岗位或服务窗口，可以一人多岗或一岗多责。一般业务实行初审、复审二级管理；风险程度较高业务实行初审、复审、核准三级管理。初审岗位负责业务受理、资料核对、信息录入、结果反馈、立卷（件）归档；复审岗位负责资料复审、业务复审、履行审批手续；核准岗位负责业务核准，一般由负责医疗救助业务的负责人履行。

建立异常业务审查、处理机制，上级发现下级在业务办理中出现异常情况时，应当及时核实并指导下级纠正。

第二章 医疗救助对象的核定

第十一条 各市（区）医保经办机构将重点救助对象、低收入家庭成员、精准扶贫重点帮扶对象（原建档立卡的贫困人员，下同）等收入型贫困医疗救助对象名单，统一导入医疗救助信息系统集中管理，并进行统一标识。各市（区）医保经办机构应当在信息系统中录入救助对象来源部门提供的救助对象身份生效

或失效时间。

实现信息共享后，各市（区）医保经办机构在每年城乡居民医保集中参保缴费期或每月可以通过市政务信息资源共享平台实时同步获取中途新增或退出的救助对象名单，导入医疗救助信息系统集中管理，并进行统一标识。

重点救助对象和低收入家庭成员在救助身份认定过程中（提出申请当月至完成审批当月前）产生的政策范围内医疗费用，由民政部门对救助身份认定情况进行确认，不再出具医疗救助家庭经济状况核对报告，按照因病致贫家庭重病患者救助标准给予医疗救助。

第十二条 各市（区）医保经办机构根据属地民政、扶贫等部门提供的救助对象名单办理参保手续，允许中途参保，实行“先登记参保、后补助缴费”，符合条件医疗救助对象完成参保登记、做好身份标识之日起即可享受基本医疗保险待遇。民政、扶贫部门身份认定生效时间为身份批准之日的次月 1 日起，即从身份批准之日的次月 1 日起开始享受医疗救助待遇，从身份退出之日的次月 1 日起停止享受医疗救助待遇。医保经办机构可以根据市政务服务数据管理局每月 10 日前推送的省共享数据对参保登记资料进行核对（待省推送数据完善后，直接按省推送数据办理参保手续）。

第十三条 各市（区）医保经办机构每季度（或每月）通过信息系统生成上季度（或上月）新增参保医疗救助对象的缴费台

账，与民政、扶贫部门提供的名单进行复核（对碰），向属地财政部门申请个人缴费部分的财政补助，并将申请成功的缴费记录导入信息系统进行标志。各市（区）医保经办机构应当定期将参保缴费情况报送属地医疗保障行政部门，并确保在每年7月底前完成上半年医疗救助对象个人缴费请款工作。

第十四条 户籍所在地镇人民政府（街道办事处）在受理因病致贫家庭重病患者和未经审核的县级以上人民政府规定的其他特殊困难人员的医疗救助申请时，应当核对家庭年可支配总收入、家庭财产、共同生活的家庭成员等情况，具体核定标准严格按照有关规定执行，并应当按规定程序进行受理、调查、审核、上报和公示。

（一）申请受理。镇人民政府（街道办事处）核对申请人提供的资料。对申请人确实无法按规定提交材料的，镇人民政府（街道办事处）应当通过网络核验、部门共享、信息核查等方式对所需材料进行核实。无法核实所需材料的，可以由申请人对相关情况提供书面承诺（附件14）并对承诺事项真实性负责。申请人不愿承诺或者无法提供书面承诺的，镇人民政府（街道办事处）应当书面告知其补充提供相关材料；拒不提供的，应当书面告知申请人不予受理（附件4）并说明理由。经核实材料符合规定条件的，镇人民政府（街道办事处）应当按规定受理申请，由申请

人填写《江门市医疗救助申请审核表》（附件2）及《江门市医疗救助家庭经济状况查询核对委托书》（附件5），镇人民政府（街道办事处）在2个工作日内进行家庭经济状况信息化查询核对；符合标准的，出具受理通知书（附件3），不符合的，不予受理，并在2个工作日内向申请人出具不予受理通知书和核对报告。

（二）申请审核程序包括：组织工作人员入户调查核实（附件6、附件7），审核、公示（附件8）、民主评议（附件9），材料报送，不符合条件的处理（附件4）。

第十五条 各市（区）医保经办机构应当自收到镇人民政府（街道办事处）报送的相关材料、民主评议结果之日起10个工作日内作出审批决定（附件12）。对符合条件的申请，核准其享受医疗救助的金额，并将核准意见通知镇人民政府（街道办事处）；对不符合条件的申请，应当将有关材料退回，做出不予批准决定，在3个工作日内通过镇人民政府（街道办事处）书面告知申请人并说明理由（附件13）。

第十六条 属地医保经办机构应当将拟批准的申请家庭信息，按规定进行公示（附件10）。

第十七条 因病致贫家庭重病患者和县级以上人民政府规定的其他特殊困难人员住院和门诊特定病种医疗费用纳入医疗救助范围，按规定的救助标准享受医疗救助待遇。普通门诊费用不

纳入支出型医疗救助对象医疗救助范围，由救助对象个人负担，国家和省有新规定的，按新规定执行。

第十八条 因病致贫家庭重病患者和县级以上人民政府规定的其他特殊困难人员名单公示。镇人民政府（街道办事处）应当将获得医疗救助的对象名单，在镇人民政府（街道办事处）、村（居）委会政务公开栏以及政务大厅设置的电子屏等场所和地点进行为期半年的公示（附件 11）。

第三章 医疗救助待遇核发

第十九条 各市（区）医保经办机构应当严格按照规定标准核发医疗救助医疗费用待遇。

其中，精准扶贫重点帮扶对象住院和门诊医疗费用，根据我市有关规定标准给予医疗救助，国家、省、市对精准扶贫重点帮扶对象医疗救助有新规定的，按新规定执行。

共同生活的家庭成员年度内救助后自付医疗费用合并计算是指纳入二次医疗救助的自负医疗费用可以合并计算，合并计算后超过 2000 元以上的部分，给予二次医疗救助，2000 元（含）以下的部分不纳入二次医疗救助范围。共同生活的家庭成员二次医疗救助年度最高救助限额不合并计算，即每个家庭成员每人每年的二次医疗救助年度累计最高救助限额为 3 万元。

救助对象无需另向医保经办机构提出申请二次医疗救助待

遇，各市（区）医保经办机构通过系统核查汇总符合条件的二次医疗救助数据，核对后直接通过医疗保障基金支出户进行银行卡社会化发放（发放至救助对象指定的银行账户，下同）。若资料信息不全等原因无法直接结算的，可以告知救助对象补充提供相关资料。

社会指定医疗捐赠费用优先核减救助对象个人承担的自费医疗费用部分，并在减免后再行与其家庭年可支配总收入比较。

第四章 医疗救助“一站式”结算

第二十条 本地联网医疗机构直接结算流程。收入型医疗救助对象经定点医疗机构诊断需住院、普通门诊、门诊特定病种治疗时，救助对象出示身份证、社会保障卡（医保电子凭证）、民政或扶贫部门核发的困难人员证件后，由定点医疗机构按规定办理住院、普通门诊、门诊特定病种医保登记，医疗救助结算时与基本医疗保险、大病保险通过国家医疗保障信息平台“一站式”同步直接结算，不属于医疗救助基金支付范围的，由救助对象个人支付。

定点医疗机构医疗救助医疗费用月度结算业务实行医保经办机构三级权限管理。属地医保经办机构业务部门应当在每月15日前，汇总属地救助对象上月的医疗救助结算数据，打印《定点医疗机构医疗救助医疗费用应付核定汇总表》和《定点医疗机

构医疗救助医疗费用偿付汇总表》，经三级审核签名确认后（应当在6个工作日内完成），提交市级医保经办机构财务部门办理划账手续，划账手续应当在受理后5个工作日内办结。

第二十一条 异地联网医疗机构直接结算流程。已登记备案的医疗救助对象在异地联网结算的医疗机构就医发生的医疗费用，属于医疗救助基金结算范围的，通过国家、省异地就医平台与基本医疗保险、大病保险“一站式”同步直接结算，经结算后的医疗费用，由救助对象个人支付。医疗救助基金与异地定点医疗机构的结算按照国家和省规定执行。

第五章 医疗救助费用零星报销

第二十二条 收入型医疗救助对象未能进行医疗救助费用“一站式”直接结算的，救助对象向属地医保经办机构申请医疗救助零星报销。基本医疗保险（含大病保险）零星报销按照基本医疗保险有关规定办理后，再申请办理医疗救助费用零星报销手续。医疗救助对象应当如实提供如下材料：

（一）医保电子凭证或有效身份证件或社保卡；

（二）基本医疗保险（含大病保险）报销后的结算单；若无结算单的，申请人应当提供能够证明合规医疗费用的有效凭证，如法定的医疗机构门诊或住院收费收据（收费收据损坏或丢失的，可提供复印件并由医疗机构相关科室盖章确认）、当次收费

汇总清单（明细表）、出院记录（或出院小结）、《疾病诊断证明》等资料；

（三）《江门市医疗救助零星报销申请表》（附件1）。

第二十三条 医疗救助对象医疗费用零星报销业务实行三级审核，医保经办机构业务部门打印《医疗救助零星报销结算明细表》、《医疗救助零星报销结算汇总表》通过同级医保经办机构财务部门提交市级医保经办机构财务部门办理资金划拨手续。

第二十四条 各市（区）医保经办机构应当对申请人申办零星报销的资料进行审核，资料完整有效、且符合医疗救助报销范围的，应当受理资料，在信息管理系统录入资料并登记，出具受理回执，进入受理程序，否则应当退回资料并向申请人说明原因。

第二十五条 各市（区）医保经办机构应当在收到医疗救助对象申请零星报销之日起30个工作日内核准其享受的医疗救助金额，并将救助对象应享受医疗救助金额进行银行卡社会化发放。

第二十六条 各市（区）医保经办机构对参加基本医疗保险的0-14周岁（含14周岁）儿童治疗急性白血病和先天性心脏病的限定医疗费用，应当根据申请人按第二十二条提交的材料，核准其享受的医疗救助金额，并将应享受医疗救助金额进行银行卡社会化发放。该类人员在出院后申请医疗救助期间死亡的，其零星报销可继续办理。

第二十七条 符合规定的医疗救助条件、未参加医疗保险的

救助对象，按规定给予救助的，其核算出的由医疗保险基金支付的医疗费用，不纳入医疗救助和二次医疗救助范围。

对参加异地基本医疗保险的救助对象，按参保地基本医疗保险规定结算后的个人支付医疗费用核算其医疗救助待遇。

第六章 基金财务管理

第二十八条 医疗救助“一站式”结算的医疗费用由救助对象属地医保经办机构审核后，市级医保经办机构财务部门直接与全市相应定点医疗机构进行结算，不需再进行各市（区）医保经办机构轧差处理。市级医保经办机构财务部门在收到各市（区）医保经办机构财务部门提交的《定点医疗机构医疗救助医疗费用应付核定汇总表》和《定点医疗机构医疗救助医疗费用偿付汇总表》后，直接将属地救助对象的应偿付医疗费用拨付给相应定点医疗机构。若核对出现非属地救助对象“一站式”结算应偿付医疗救助医疗费用，应及时转交给属地医保经办机构办理核定拨付手续。

第二十九条 建立市级医疗救助基金统筹制度。各市（区）原医疗救助基金财政专户中医疗救助基金统一划入市社会保障基金医疗救助基金财政专户，用于医疗救助“一站式”结算服务。医疗救助“一站式”结算资金划拨从市社会保障基金医疗救助基金财政专户支付到市医保经办机构基金支出户，由市医保经办机

构基金支出户直接向各定点医疗机构支付医疗救助“一站式”结算资金。其他需医疗救助支付的费用按“一站式”结算资金的划拨程序执行。

第三十条 医疗救助基金单独建账、独立核算、专款专用，任何单位和个人不得侵占或挪用。各级医保经办机构财务部门做好医疗救助基金的建账和记账工作。

第三十一条 各级医保经办机构财务部门做好医疗救助基金的报表制作和填报工作。

第三十二条 各级医保经办机构协助财政部门、医疗保障行政部门根据城乡医疗救助对象需求、工作开展情况等因素，按照财政管理体制，科学合理安排城乡医疗救助补助资金。

第七章 信息系统应用与维护

第三十三条 市医保经办机构按照全省统一要求建立完善全市医疗救助信息系统。医疗救助信息系统开发及维护等相关工作经费列入财政预算。医疗救助信息系统汇集全市相关数据信息，包括民政、扶贫、残联等部门负责的信息系统数据信息，通过国家医疗保障信息平台，完善民政、扶贫、残联自建业务系统与市政务大数据中心的对接，实现市内部门间数据定期交换和同步更新。

第三十四条 各级医保经办机构和镇人民政府(街道办事处)

等系统使用用户根据业务办理情况提出系统修改需求，报送市医保经办机构汇总，由市医保经办机构统一组织系统修改完善。

第八章 监督管理

第三十五条 不予救助的医疗费用范围参照基本医疗保险有关规定执行，国家和省有新规定的按新规定执行。救助对象产生的下列医疗费用不予救助：

（一）基本医疗保险非定点医疗机构（包括异地非定点医疗机构，急诊和抢救除外）就医或直接到零售药店购买药品的费用。

（二）因自身违法行为导致的医疗费用。

（三）因自残等发生的医疗费用（精神障碍患者除外）。

（四）交通事故、医疗事故等应由他方承担的医疗费用。

（五）国家和省规定的其他不予救助的情况。

第三十六条 年度结束后，各市（区）医保经办机构应当清理汇总收入型贫困医疗救助对象未在定点医疗机构“一站式”直接结算的符合规定的医疗费用，主动服务，及时通知救助对象申请相应的医疗救助待遇，确保应救助尽救助。

第三十七条 基本医疗保险定点医疗机构违反服务协议，对不按规定用药、诊疗以及提供医疗服务所发生的费用，医疗救助基金不予结算；造成医疗救助资金流失或浪费的，医保经办机构解除定点服务协议，并依法追究责任人。

第九章 档案管理和统计分析

第三十八条 各级医保经办机构需对获取的医疗救助业务资料 and 医疗救助对象个人信息承担保密责任，不得将业务资料和个人信息用于管理医疗救助业务以外的其他用途，不得向第三方交换。经市医保局授权，可依托信息系统按规定进行必要的信息交换和数据共享。

第三十九条 各级医保经办机构办理日常业务中，每办完一项业务，业务工作人员应当将其所有的业务材料收集齐全，将经办材料连同医疗救助结算单等资料进行收集、整理、立卷、归档，确保档案齐全、完整、有效。

第四十条 各级医保经办机构应当按信息系统提供的数据分类做好属地医疗救助费用支出各项统计月报、季报、半年报、年报等工作。

第十章 附则

第四十一条 在市和各市（区）医保经办机构设立前，医疗救助经办业务中“一站式”结算（含异地就医“一站式”结算）工作按《关于进一步加强医疗救助“一站式”结算工作的通知》（粤医保发〔2018〕5号）规定由各级社保局负责办理，其他医疗救助经办业务由各市（区）医保局（分局）暂代为管理。随着机构改革推进，医疗救助经办业务职能统一归并至医保经办机构

承担。

第四十二条 本规程自 2021 年 6 月 1 日起施行,有效期 5 年。

第四十三条 本规程由市医保局负责解释。规程未列明事项按国家和省医疗救助有关规定执行,国家和省有新规定的按新规定执行。

- 附件:
1. 江门市医疗救助零星报销申请表
 2. 江门市医疗救助申请审核表
 3. 江门市医疗救助受理通知书
 4. 江门市医疗救助不予受理通知书
 5. 江门市医疗救助家庭经济状况查询核对委托书
 6. 江门市申请医疗救助入户调查家庭经济状况情况表(试行)
 7. 家庭经济状况调查表
 8. 江门市医疗救助对象初审公示单
 9. 医疗救助对象民主评议情况表
 10. 江门市医疗救助对象拟批准公示名单
 11. 江门市医疗救助对象公示名单
 12. 江门市申请医疗救助审批告知书
 13. 江门市申请医疗救助不予批准告知书
 14. 个人承诺书
 15. 收入型救助对象医疗救助办理流程和支出型救助对象医疗救助办理流程

江门市医疗救助零星报销申请表

申请编号：

申请人基本情况	姓名		性别		年龄		身份证号码	
	家庭住址						联系电话	
申请救助对象类别	<input type="checkbox"/> 最低生活保障对象 <input type="checkbox"/> 特困供养人员 <input type="checkbox"/> 低收入家庭成员 <input type="checkbox"/> 孤儿 <input type="checkbox"/> 精准扶贫重点帮扶对象 <input type="checkbox"/> 0—14 周岁儿童治疗急性白血病和先天性心脏病 <input type="checkbox"/> 县级以上人民政府规定的其他特殊困难人员 <input type="checkbox"/> 其他：							
申请救助金额	门诊费用	发票张数 (原件或复印件)				门诊合计费用 (元)		
	住院费用	发票张数 (原件或复印件)				住院合计费用 (元)		
银行卡或社保卡账号								
银行卡或社保卡开户银行								
申请人(代办人)签名		签名：			年 月 日			
镇(街道)受理意见		经审核，提交的相关资料符合医疗救助申请条件，予以受理。 经办人签名： 年 月 日 (盖章)						
医保经办机构审核意见		经审核，本次予以医疗救助 元。 初审人签名： 年 月 日 复审人签名： 年 月 日 核准人签名： 年 月 日 (盖章)						
备注								

说明：

医疗救助对象应如实提供如下材料：

- (一) 医保电子凭证或有效身份证件或社保卡。
- (二) 基本医疗保险(含大病保险)报销后的结算单；若无结算单的，申请人应当提供能够证明合规医疗费用的有效凭证，如法定的医疗机构门诊或住院收费收据(收费收据损坏或丢失的，可提供复印件并由医疗机构相关科室盖章确认)、当次收费汇总清单(明细表)、出院记录(或出院小结)、《疾病诊断证明》等资料。

江门市医疗救助申请审核表

姓名：		身份证号码：			
联系电话：		家庭住址：			
户籍地址：		申请救助时间：_____年__月__日至_____年__月__日			
申请救助对象类别（可勾选）： <input type="checkbox"/> 因病致贫家庭重病患者 <input type="checkbox"/> 未经审核的县级以上人民政府规定的其他特殊困难人员					
银行卡或社保卡账号					
银行卡或社保卡开户银行					
家庭年可支配总收入（元）：			年度个人负担费用（元）：		
医保政策外等政策性补偿、补助金，社会指定医疗捐赠金额合计为（元）：					
商业保险报销金额（元）：					
申请医疗费用信息					
住院费用	发票张数		医保结算清单张数		住院总费用（元）
门诊费用	发票张数		门诊清单张数		门诊总费用（元）
是否为医疗救助经办工作人员或村（居）委会成员近亲属： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
申请人（代办人）填写： （本人保证符合此业务办理条件，所述信息真实，由此产生的一切法律责任均由本人承担）					
申请人（代办人）签名：			日期：		
镇（街）经办人签名：			日期：		
家庭经济状况核查结果：符合（ ）、不符合（ ）					
核查人签名（两名或以上）：			日期：		
入户调查结果：符合（ ）、不符合（ ）					
调查人员签名（两名或以上）：			调查时间：		
镇人民政府（街道办事处）初审意见：符合（ ）、不符合（ ）					
初审人签名：		年 月 日			
复审人意见：		年 月 日			
核准人签名：		年 月 日			
（单位盖章）					

医保经办机构审核意见：经审核，本次予以医疗救助 元。

初审人签名： 年 月 日

复审人签名： 年 月 日

核准人签名： 年 月 日

(单位盖章)

公示期： 年 月 日至 年 月 日 公示结果：无异议 ()、有异议 ()

说明：本表用于未经审核的县级以上人民政府规定的其他特殊困难人员及因病致贫家庭重病患者。提交资料如下：交申请人本人身份证或户口本复印件（如他人代办提供代办人身份证或户口本复印件）、本人社保卡（或银行卡）复印件、上述发票的原件（复印件）、医保结算清单复印件、门诊清单复印件、家庭经济状况核对报告、家庭经济状况调查表、公示复印件、公示结果。镇（街）经办人负责对上述资料原件和复印件进行核对。

对申请人确实无法按规定提交材料的，镇人民政府（街道办事处）通过网络核验、部门共享、信息核查等方式仍无法核实所需材料的，可以由申请人对相关情况提供书面承诺并对承诺事项真实性负责。申请人不愿承诺或者无法提供书面承诺的，镇人民政府（街道办事处）应当书面告知其补充提供相关材料；拒不提供的，应当书面告知申请人不予受理并说明理由。

江门市医疗救助受理通知书

先生（女士）：

您于 年 月 日申请医疗救助，经核查，您符合以下规定，决定予以受理。

1. 人员类型符合《江门市医疗救助办法》第六条的规定；

2. 根据《广东省医疗救助申请家庭经济状况核对报告》（编号： ），您的家庭财产符合《江门市医疗救助办法》第七条的规定。

单 位：

经办人：

日 期： 年 月 日

申请人因 拒绝或未当面签收本受理通知书。

送达人：

见证人：

年 月 日

注：1. 申请人对核对结果有异议，可提出复核申请。

2. 申请人无法或拒绝接收本通知书的，送达人应当记明无法签收或拒收事由。送达人可以邀请有关基层组织或者所在单位的代表到场，说明情况，由送达人、见证人签名，把本通知书留在申请人的住所，并采用拍照、录像等方式记录送达过程，即视为送达。

3. 本通知一式三份，由镇人民政府（街道办事处）填写，一份送达申请人、一份由乡镇（街道）存档、一份由县（区）级医疗保障经办机构存档。

4. 如对本行政行为不服的，可自收到本通知之日起 60 日内提出行政复议，也可于 6 个月内到人民法院提起行政诉讼。

江门市医疗救助不予受理通知书

先生（女士）：

您于 年 月 日申请医疗救助，经核查，您存在以下情况，决定不受理您的医疗救助申请。

1. 人员类型不符合《江门市医疗救助办法》第六条的规定；

2. 根据《广东省医疗救助申请家庭经济状况核对报告》（编号： ），您的家庭财产不符合《江门市医疗救助办法》第七条的规定。

单 位：

经办人：

日 期： 年 月 日

申请人已获知江门市医疗救助不予受理的通知。

送达人：

见证人：

日 期： 年 月 日

申请人拒绝或未当面签收江门市医疗救助不予受理通知书。

送达人：

见证人：

日 期： 年 月 日

注：1. 申请人无法或拒绝接收本通知书的，送达人应当记明无法签收或拒收事由。

2. 送达人可以邀请有关基层组织或者所在单位的代表到场，说明情况，由送达人、见证人签名，把本通知书留在申请人的住所，并采用拍照、录像等方式记录送达过程，即视为送达。

3. 本通知一式三份，由镇人民政府（街道办事处）填写，一份送达申请人、一份由乡镇（街道）存档、一份由县（区）级医疗保障经办机构存档。

4. 如对本行政行为不服的，可自收到本通知之日起 60 日内提出行政复议，也可于 6 个月内到人民法院提起行政诉讼。

江门市医疗救助家庭经济状况查询核对委托书

本人姓名 _____，现申请医疗救助。

本人及共同生活的其他家庭成员授权、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的相关信息进行审核，包括但不限于入户调查和到公安、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、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。授权有效期从本人提出申请之日起至医疗救助审批完成之日止。

本人及其他共同生活家庭成员保证，所提供的全部信息真实、完整，愿意接受有关部门调查，如虚报、隐瞒、伪造申请材料，骗取医疗救助金，或在家庭人口、收入和财产发生变化，已明显不符合医疗救助条件时，30 天内未向乡镇政府（街道办事处）主动报告的，本人及其他共同生活家庭成员自愿承担相应法律责任。

申请人及共同生活家庭成员签字（按捺指纹）：

监护人代签（按捺指纹）：

承诺及授权人	身份证号码	签字（按捺指纹）

窗口经办人员签字：

_____ 年 月 日

注：有民事行为能力的救助申请家庭成员应当由本人签字并按捺指纹，无民事行为能力的救助申请家庭成员应当由监护人签字并按捺指纹，无书写能力的救助申请家庭成员应当采取按捺指纹的方式。

江门市申请医疗救助入户调查家庭经济状况情况表（试行）

申请人姓名		性别		民族		联系电话		身份证号							
户籍地址		所属镇（街）		所属村居											
家庭现住址		工作单位													
人员状况	共同生活家庭成员	姓名	年龄（岁）	户籍	文化程度	婚姻状况 (未婚、已婚、离婚、丧偶)	健康状况 (健康、残疾、重病病种、长期病患) 残疾与重病请注明类别与级别	与申请人关系	工作能力 (有、无、部分丧失、仅能自理、需照顾)	工作单位 就读学校	工作职务及收入 (元/月) 就读年级	社保、医保情况			
		职工		居民								社保	医保	社保	医保
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	分户应尽 赡、抚、扶 养义务人员情况	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
财产状况	住房套 (<input type="checkbox"/> 土木 <input type="checkbox"/> 砖木 <input type="checkbox"/> 砖混 <input type="checkbox"/> 泥房 <input type="checkbox"/> 商品房)		建筑面积: m ² , 产权: <input type="checkbox"/> 自有(继承) <input type="checkbox"/> 自有(自购) <input type="checkbox"/> 租赁 <input type="checkbox"/> 亲朋借住						房产登记日期:						
	装饰: <input type="checkbox"/> 未装饰 <input type="checkbox"/> 简单 <input type="checkbox"/> 中等 <input type="checkbox"/> 豪华		近6个月平均水费		近6个月平均电费										
	家具		<input type="checkbox"/> 高档家具 <input type="checkbox"/> 中档家具 <input type="checkbox"/> 普通家具 其他需说明的情况 <input type="checkbox"/> 空调(立式、挂式) 台 <input type="checkbox"/> 电脑(台式、手提) 台 <input type="checkbox"/> 彩电 台 <input type="checkbox"/> 冰箱 台 <input type="checkbox"/> 洗衣机(全自动、非全自动) 台 <input type="checkbox"/> 微波炉 台 <input type="checkbox"/> 高档音响 台 其他贵重家具												

	交通工具	<input type="checkbox"/> 汽车/货车 台 <input type="checkbox"/> 摩托车 台 <input type="checkbox"/> 电动车 台 <input type="checkbox"/> 自行车 台				通讯工具	<input type="checkbox"/> 手机 台 <input type="checkbox"/> 电话 台
	银行存款	<input type="checkbox"/> 未超过申请条件 <input type="checkbox"/> 超过申请条件		有价证券 <input type="checkbox"/> 未超过申请条件 <input type="checkbox"/> 超过申请条件	其他家庭财产		
家庭收入情况	工资性收入	元/月			承包土地经营权净收入	元/月	亩
	零散劳务收入	元			从事第三产业纯收入	元/月	
	种植业收入	元/月	亩		赡、抚、扶养费	元/月	
	养殖业收入	元/月	亩		出租房屋收入	元/月	
	渔业收入	元/月	亩		退休金（养老金）	元/月	
	林业收入	元/月	亩		失业保险金	元	
	集体分红收入	元/年即	元/月		赔偿收入	元	
	社会资助	元			赠与收入	元	
	家庭总收入	元/月			人平均月收入	元/月	
以上记录本人已仔细阅读，情况属实，若有虚报，本人愿承担一切责任。户主或申请家庭成员签名：							
调查员签名：					入户调查时间： 年 月 日		
入户调查意见	盖 章 年 月 日						

- 填表说明：1、该表由镇街组织不少于2人对申请人家庭实际情况逐一完成调查核实，并由申请人、调查人员各自签名。
- 2、如填报金额/数量的，请用大写数字（壹、贰、叁、肆、伍、陆、柒、捌、玖、拾）填报。
- 3、共同生活的家庭成员名下人均存款/有价证券，是否超过标准参照相关政策。其他了解的情况表中未表述的，自行补充填报。
- 4、镇街需对调查情况提出相关意见，可提交附件详细说明。
- 5、一式两份，镇街与医保经办机构各一份作为存档资料。

附件 7

家庭经济状况调查表

根据《江门市人民政府关于印发江门市医疗救助办法的通知》（江府〔2019〕40号）的相关要求，现对医疗救助申请人的家庭生活状况进行综合评估，具体如下：

申请人		身份证号码		
户籍地址				
居住地址:				
工作单位		收入		
共同生活 家庭成员	姓名	关系	身份证号码	月收入
实际生活状况与家庭经济状况核对报告相符：是（）、否（）				

调查人员（两名或以上）：

被调查人：

调查日期：

单位盖章

附件 8

江门市医疗救助对象初审公示单

下列对象申请医疗救助，现将有关审核情况予以公示，接受社会监督。如有异议请提供事实依据和有效证明材料，可直接向乡镇（街道）反馈。

公示时间： 年 月 日至 年 月 日
（公示期为 7 日）

乡镇（街道）举报电话：

邮箱：

序号	拟保障对象 姓名	家庭所在村（居）	家庭 人数	拟救助对象 类型

- 注：1. 由乡镇（街道）在申请人所在村（居）设置的村（居）务公开栏及乡镇（街道）公共服务大厅公示。
2. 拟救助对象类型包括：（1）因病致贫家庭重病患者；（2）县级以上人民政府规定的其他特殊困难人员。

行政机关（盖章）：

年 月 日

附件 9

医疗救助对象民主评议情况表

被评议人姓名		经办人		记录员	
民主评议情形	<input type="checkbox"/> 申请人申报的家庭收入和家庭财产状况与实际生活状况明显不符的； <input type="checkbox"/> 申请人没有如实申报共同生活的家庭成员； <input type="checkbox"/> 公示期间有村（居）民提出异议且能提供有效证明材料或者提出合理理由的； <input type="checkbox"/> 其他需要民主评议的情况。				
民主评议成员情况	乡镇（街道）工作人员 人，村（居） 人，熟悉村（居）民情况的村（居）民代表 人，应到 人，实到 人。 <input type="checkbox"/> 符合/ <input type="checkbox"/> 不符合民主评议会议要求。				
民主评议第一项程序	<input type="checkbox"/> 乡镇（街道）经办人员宣讲医疗救助政策（包括文件、程序）； <input type="checkbox"/> 乡镇（街道）经办人员介绍申请人基本情况、入户调查情况以及评议事项； <input type="checkbox"/> 乡镇（街道）经办人员宣布民主评议规则（民主评议程序、要求）。				
民主评议第二项程序	申请人或其代理人陈述情况及对评议事项的答辩、解释或说明：				
民主评议第三项程序	评议人员对评议事项进行讨论和评议： 讨论： 评议： 申请人共同生活家庭成员 人，按照经济状况核对、入户调查和民主评议形成的结论，人均月收入 元，财产 元。				
民主评议第四项程序	评议人员对评议事项的真实性、合理性进行表决： 经无记名投票，同意 人，不同意 人，弃权 人。				
民主评议第五项程序	到会参加民主评议成员签名： <div style="text-align: right;"> 乡镇（街道）（盖章） 记录时间： 年 月 日 </div>				

民主评议地点：

编号：

江门市医疗救助对象拟批准公示名单

下列对象申请医疗救助，现将有关审核情况予以公示，接受社会监督。如有异议，请提供事实依据和有效证明材料，可直接向乡镇（街道）或医疗保障经办机构反馈。

公示时间： 年 月 日至 年 月 日

（公示期为 5 日）

乡镇（街道）举报电话：

邮箱：

医疗保障经办机构举报电话：

邮箱：

序号	拟救助对象 姓名	家庭所在村 (居)	家庭人数	拟救助对象 类型	拟救助 金额

行政机关（盖章）：

年 月 日

江门市医疗救助对象公示名单

下列对象申请医疗救助，现将有关批准情况予以公示，公示期为半年。

公示时间： 年 月 日至 年 月 日。

序号	救助对象 姓名	家庭所在村 (居)	救助对象 类型	获得救助 金额

注：1. 各乡镇（街道）在政务公开栏以及政务大厅设置的电子屏等场所和地点进行为期半年的公示。

2. 救助对象类型包括：（1）因病致贫家庭重病患者；（2）县级以上人民政府规定的其他特殊困难人员。

行政机关（盖章）：

年 月 日

江门市申请医疗救助审批告知书

镇人民政府（街道办事处）：

您于 年 月 日提交的医疗救助申请材料，经调查审核，根据《江门市医疗救助办法》等规定，审批结果如下：

符合申请医疗救助条件。

不符合申请医疗救助条件，不符合原因如下：

个人负担的医疗费用不符合《江门市医疗救助办法》相关规定；

所提交的资料有误，具体表现为：

审批单位（盖章）

年 月 日

（此告知书用于告知镇街，不用于告知申请救助对象）

江门市申请医疗救助不予批准告知书

(工作人员填写)

(年 第 号)

xxx 先生/女士:

您于 年 月 日提交医疗救助申请,经调查审核,根据《江门市医疗救助办法》等相关规定,您因:

个人负担的医疗费用不符合《江门市医疗救助办法》相关规定;

所提交的资料有误,具体表现为:

不符合申请医疗救助条件,不予批准。

若不服本告知书,可自收到本告知书之日起 15 日内向本单位提出复查申请。

申请人已获知医疗救助不予批准的通知。

送达人:

见证人:

日期: 年 月 日

申请人拒绝或未当面签收其医疗救助不予批准通知书。

送达人:

见证人:

日期: 年 月 日

告知单位(盖章)

年 月 日

- 注:
1. 申请人无法或拒绝接收本通知书的,送达人应当记明无法签收或拒收事由。
 2. 送达人可以邀请有关基层组织或者所在单位的代表到场,说明情况,由送达人、见证人签名,把本告知书留在申请人的住所,并采用拍照、录像等方式记录送达过程,即视为送达。
 3. 本告知一式三份,一份送达申请人、一份由乡镇(街道)存档、一份由县(市、区)医疗保障局(分局)存档。
 4. 如对本行政行为不服的,可自收到本通知之日起 60 日内提出行政复议,也可于 6 个月内到人民法院提起行政诉讼。

个人承诺书

本人 (身份证件号码:) ,
办理 业务。因个人原因无

法提供下述证明 (请勾选) :

- 参加商业保险的报销凭证;
- 获得社会指定医疗捐赠的凭证;
- 享受基本医疗保险以外等政策性补偿、补助的凭证;
- 家庭财产、收入状况、家庭成员的证明材料;
- 其他: _____。

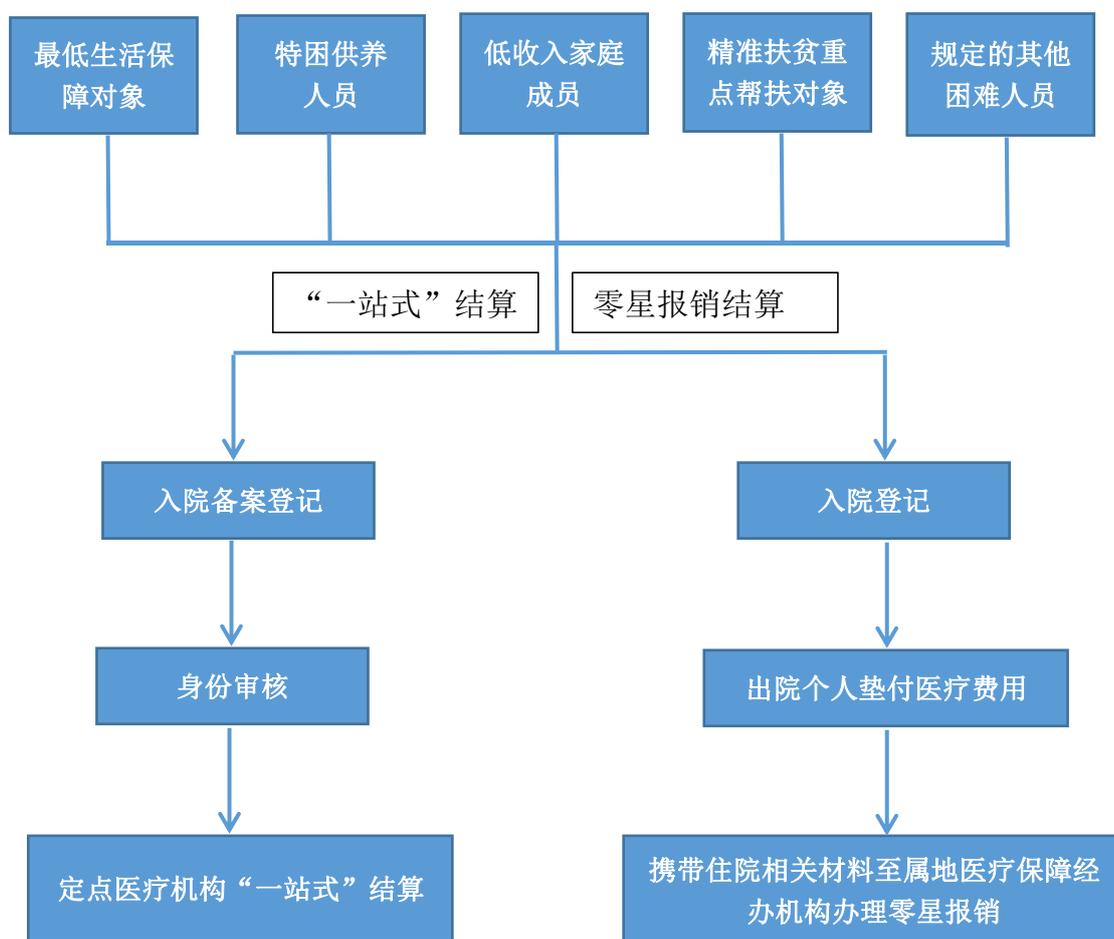
本人保证符合此业务办理条件, 所述信息真实、准确、完整、有效, 由此产生的一切法律责任均由本人承担。

联系电话:

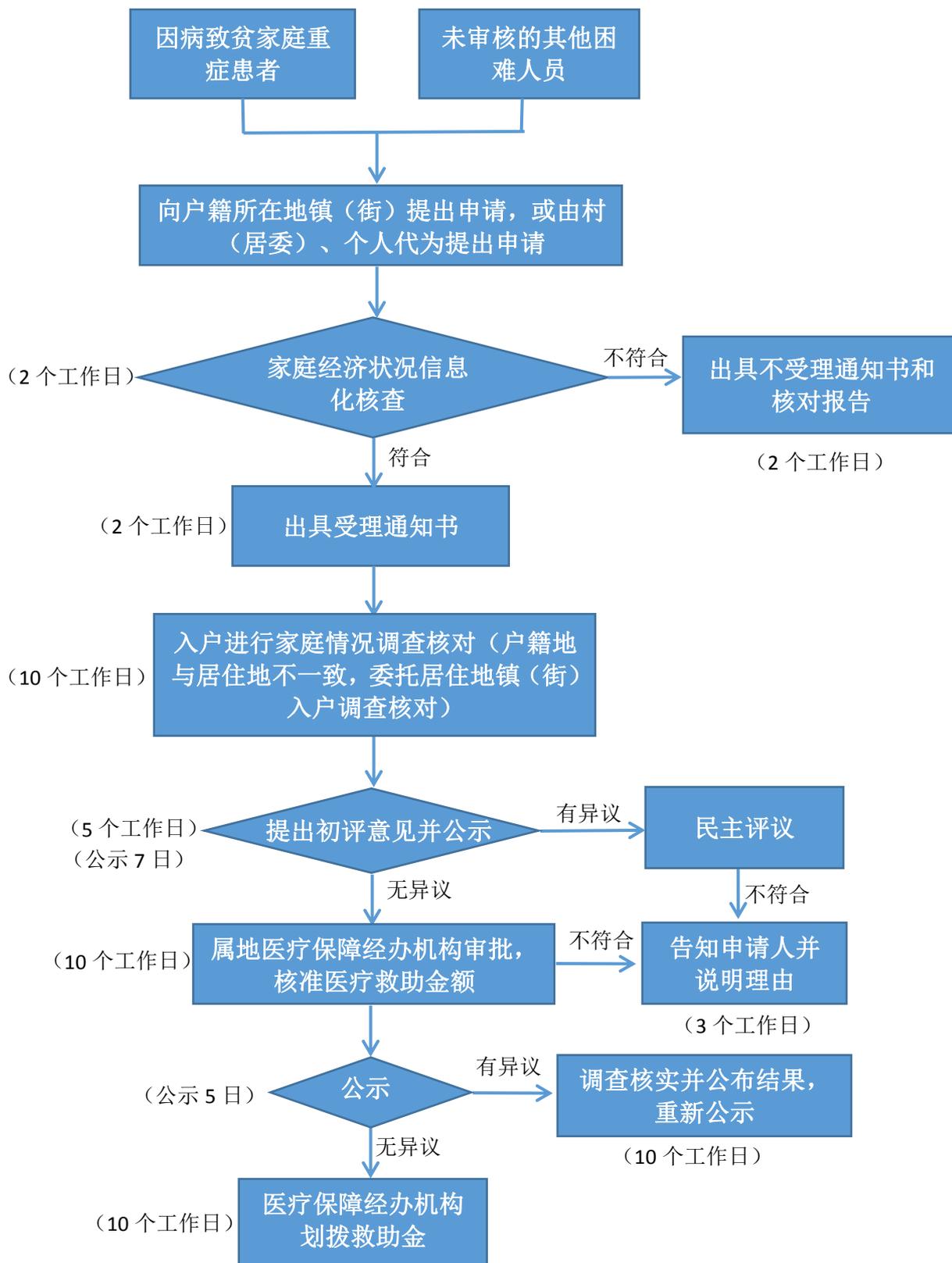
通讯地址:

承诺人 (签名、指印) :

收入型救助对象医疗救助办理流程



支出型救助对象医疗救助办理流程



公开方式：主动公开

江门市医疗保障局办公室

2021年4月30日印发
