

金华市医疗保障局

金华市民政局

金华市财政局

金华市慈善总会

文件

金医保发〔2023〕80号

金华市医疗保障局 金华市民政局
金华市财政局 金华市慈善总会关于印发
《金华市安心医保“暖心无忧”专项基金
申请办法（试行）》的通知

各县（市、区）医保局、民政局、财政局、慈善总会：

现将《金华市安心医保“暖心无忧”专项基金申请办法（试行）》印发给你们，请结合实际，认真贯彻执行。



金华市医疗保障局



金华市民政局



金华市财政局



金华市慈善总会

2023年12月29日

金华市安心医保“暖心无忧”专项基金 申请办法（试行）

第一章 总则

一、为规范金华市安心医保“暖心无忧”专项基金（以下简称“安心医保暖心基金”）的申请，根据《金华市人民政府办公室关于印发金华市构建因病致贫返贫防范长效机制实施方案（2022-2025年）的通知》（以下简称《实施方案》）要求，结合我市实际，制定本办法。

二、经各县（市、区）民政部门认定的特困供养人员、最低生活保障家庭成员（含支出型贫困对象）、最低生活保障边缘家庭成员及上述三类困难家庭（以下简称“困难群众个人及家庭”，下同），申请使用安心医保暖心基金适用本办法。

三、医保部门牵头负责安心医保暖心基金申请的受理、审核、发放等工作，财政、民政、慈善总会等部门按照《实施方案》等规定，协同医保部门做好相关工作。

第二章 申请条件

四、上一个医保年度内，困难群众个人及家庭在定点医疗机构就医所发生的医疗费用（含金华市慢性病种定点药店的慢性病种购药费用和定点医疗机构的电子外配处方购药费用）通过医保信息系统结算及其他救助帮扶后，个人现金自负超过5万元（含）以上、家庭超过6万元（含）以上的。

第三章 申请流程

五、困难群众个人申请使用安心医保暖心基金的，原则上由本人提出申请；家庭申请的，原则上由困难家庭的户主提出申请。上述对象于每年5月1日至20日（实施首年为本办法印发后30日内）向各地医保经办机构申请上年度安心医保暖心基金。

六、符合申请条件的困难群众，按规定填写《金华市安心医保暖心基金申请表》（附件1）。申请表上涉及的资料信息，各地医保经办机构应积极通过部门数据共享获取，方便群众申请。本人确实无法申请的，可由其近亲属或所在村（居）委会代为申请。

七、经各地医保经办机构审核，困难群众个人及家庭医疗费用支出情况等不符合申请条件的，各地医保经办机构应当在收到申请的10个工作日内及时告知申请人或代理申请人。申请人或代理申请人对核实结果有异议的，应当在5个工作日内提供相关佐证材料；医保经办机构应当自收到佐证材料起5个工作日内重新复核。经复核，仍不符合申请条件的，医保经办机构应在作出决定的3个工作日内告知申请人或代理申请人。

八、各地医保经办机构应于每年6月20日前将审核通过的安心医保暖心基金拟兜底化解名单上报市医保经办机构（见附件2）。市医保经办机构应于每年6月底前统一将名单在金华市医疗保障局官方网站上进行公示，公示期为7天。

九、公示期满无异议的，各地医保经办机构应当在10个工作日内与市慈善总会同步将化解金额支付至申请人或代理申请人提供的银行账户。对公示有异议的，属地医保部门应当在10

个工作日内重新组织核实。

第四章 附则

十、下列费用不纳入安心医保暖心基金支出范围：

（一）个性化、舒适化诊治及非功能性治疗的费用，包括但不限于：医学美容、保健保养以及医保目录内有相关药品（耗材）、服务项目但自主选择目录外的开展治疗的；

（二）违法违规行为产生的医疗费用；

（三）其他经安心医保暖心基金使用管理领导小组确定不纳入本基金救助的费用。

十一、各地医保、慈善等部门要加强安心医保暖心基金的监督管理，对通过隐瞒、虚构等弄虚作假方式骗取基金的，按照《中华人民共和国慈善法》和《医疗保障基金使用监督管理条例》有关规定处理。

十二、其他经市政府批准可在安心医保暖心基金中列支的补助，其申请流程参照本办法执行。

十三、本办法自公布之日起施行。上级有新规定的从其规定。

附件 1

《金华市安心医保暖心基金申请表》

申请人姓名		救助类型		申请类型		身份证号码	
性别		民族			婚姻状况		
就业状况		工作单位					
联系方式		文化程度		家庭成员		人	
户籍地	_____市_____县(市、区)_____乡镇(街道)_____村						
居住地	_____市_____县(市、区)_____乡镇(街道)_____村						
近亲属或村(居)委会办理人姓名(该列为非本人申请时填写)		近亲属或村(居)委会办理人身份证号			村(居)委会意见(盖章)		
产生高额医疗费用所属年度其他部门(社会组织)发放的医疗费用补助金额							
银行开户名称		开户银行		银行账号			
<p>本人及家庭成员郑重承诺,上述内容真实、准确、完整,愿意接受医保等部门的调查核实和公示,如有虚假,愿承担因相应的法律责任。</p> <p>申请人或代理申请人签字: _____ 联系电话: _____</p> <p style="text-align: right;">_____年 _____月 _____日</p> <p>备注: 1.本申请表一式两份,由医保经办机构和本人各留存一份。 2.本表中的家庭成员以民政部门认定的为准;救助类型填写特困、低保、低边;申请类型填写个人或家庭。</p>							

附件 2

____县（市、区）____年度安心医保暖心基金拟兜底化解名单

县（市、区）医保经办机构（盖章）

序号	申请人姓名	身份证号码	申请类型	救助类型	主要疾病诊断	医疗总费用	医保系统“一站式”结算报销金额（含个账）	其他部门帮扶化解金额	商业补充保险、水滴筹、轻松筹、360大病筹等化解金额	不纳入安心医保暖心基金支出范围费用	拟兜底化解金额	开户名	开户行	银行账号	备注
.....															
备注：申请类型填写个人或家庭；救助类型填写特困、低保、低边。															

制表人：

联系电话：

制表日期：

