

泉州市医疗保障局  
泉州市民政局文件  
泉州市财政局

泉医保〔2019〕56号

泉州市医疗保障局 泉州市民政局 泉州市财政局  
关于做好一次性定额救助和重特大疾病  
救助对象认定的通知

各县（市、区）医保分局、民政局、财政局，泉州台商投资区医  
保管理部、民生保障局、财政局，市医疗保障基金管理中心：

为减轻因病致贫的贫困边缘人群医疗负担，缩小贫困户和非  
贫困户医疗保险待遇差距，从实际行动落实破解贫困边缘人群的  
边界和援助等方式，根据《泉州市人民政府办公室转发市医保局  
等部门关于完善城乡居民医疗救助体系实施意见的通知》（泉政  
办〔2018〕1号）和《泉州市医疗保障管理局 泉州市民政局 泉  
州市财政局关于做好一次性定额救助和重特大疾病救助的通知》  
（泉医保〔2018〕101号）文件精神，结合我市实际，现就做好

医疗救助一次性定额救助和重特大疾病救助对象认定工作通知如下：

## 一、对象范围

《泉州市人民政府办公室转发市医保局等部门关于完善城乡居民医疗救助体系实施意见的通知》（泉政办〔2018〕1号）文件规定的除第一、第二类救助对象以外的其他救助对象。

## 二、认定条件及标准

### （一）一次性定额救助对象

同时符合以下条件的救助对象可按一次性定额救助对象（第三类救助对象）认定：

1. 提出申请前 12 个月，家庭人均月收入在户籍所在地城乡居民最低生活保障标准（以下简称低保标准）4 倍以内（含）；
2. 家庭人均金融资产不超过当地年低保标准的 4 倍（含）；
3. 家庭无购置机动车辆（不含摩托车和残疾人代步车）、船舶和大型农机具；
4. 家庭自有房产少于两套（含）。

### （二）重特大疾病救助对象

对因病致贫家庭的重病患者（第四类救助对象），当年度发生的累计医疗费用扣除本年度基本医保、大病保险、各类补充医疗保险、商业保险、医疗救助及其他社会救助后，剩余个人负担的医疗费用超过家庭承受能力、基本生活出现严重困难的，可向户籍所在地医保经办机构申请重特大疾病医疗救助。申请家庭应同时具备下列条件（其中申请对象为第一类、第二类救助对象无

需进行再认定):

1. 提出申请前 12 个月, 家庭月人均收入在当地低保标准 4 倍以内 (含);
2. 家庭人均金融资产不超过当地年低保标准的 8 倍 (含);
3. 家庭无购置机动车辆 (不含摩托车和残疾人代步车)、船舶和大型农机具;
4. 家庭自有房产少于两套 (含)。

### 三、救助获取途径

(一) 救助对象主动申请。救助对象携带相关材料到所属医保经办机构提出申请, 医保经办机构应予实时受理。救助对象未在发生医疗费用的次年第一季度前提交相关救助材料向所属医保经办机构提出申请的, 原则上不再给予救助。

(二) 救助部门主动搜索。由医保部门根据医保大数据预警机制精准识别扶助。一是对非一类、二类救助对象的大病患者, 当医疗费超出 15 万元时, 及时对该患者进行识别测算, 医疗费用达到救助起付线标准的及时通知患者及其家属申请救助。二是对第三类救助对象, 当医疗费用扣除各类补助后仍达到重特大疾病救助起付线的, 及时通知再次申请救助。第一、二类救助对象的重特大疾病救助, 实施“一站式”即时结算服务。

### 四、认定受理程序

#### (一) 申请受理

一次性定额救助和重特大疾病救助申请人, 应持当年度患病住院治疗的医疗费用发票、医保结算单及社保卡、身份证、户口

簿、本人（或监护人）银行账号等材料（未在我市参保或基本医疗保险无法报销的需提供医疗费用清单），向户籍所在地医保经办机构提出申请，医保经办机构受理申请后，对其所提交的材料进行初审，医疗费用符合救助条件的，由申请人如实填写《泉州市城乡居民救助对象一次性定额救助与重特大疾病救助申请表》（见附件1，以下简称《申请表》），并签署《泉州市居民家庭经济状况核对授权书》（见附件2，以下简称《授权书》），不符合救助条件的做好解释工作并退回申请材料。

## （二）调查及核查

医保经办机构受理申请后，将《申请表》、《授权书》、申请人及其家庭成员基础信息等申请材料转交申请人户籍所在地乡镇（街道），由乡镇（街道）在15个工作日内完成入户调查、公示、签署审核意见后，报送所在地医保经办机构。医保经办机构同时委托县级民政部门核对申请对象家庭经济状况，主要核查银行、税务、公积金、社保、房产、车辆等信息，各县（市、区）民政部门要认真审查当地医保经办机构提交的相关材料，及时在泉州市社会救助综合施救平台发起核对，在2个月内将核对结果加盖公章后送至医保经办机构。

## （三）救助金发放

医保经办机构收到民政部门核对结果和乡镇（街道）报送的相关申请材料后，在7个工作日内按照有关规定予以审核，符合认定条件及标准的给予发放救助金，不符合认定条件及标准的做好解释工作并退回申请材料。

各县（市、区）、泉州台商投资区可结合当地实际，研究制定适合的救助工作规程，提高政策实施的可操作性。

- 附件：1. 泉州市城乡居民救助对象一次性定额救助与重特大疾病救助申请表
2. 泉州市居民家庭经济状况核对授权书
3. 关于委托核查医疗救助申请对象家庭经济状况的函
4. 关于反馈医疗救助申请对象家庭经济状况核查情况的函



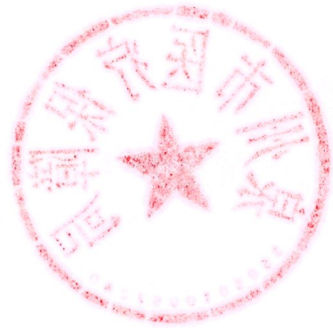
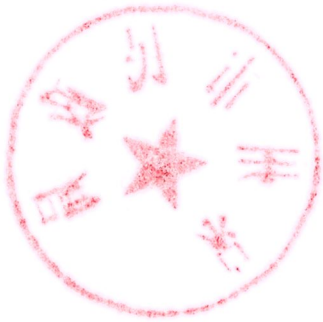
---

抄送：省医保局，省医保中心，市政府办。

---

泉州市医疗保障局

2019年6月12日印发



附件1

## 泉州市城乡居民救助对象一次性定额救助 与重特大疾病救助申请审批表

|                                                                                            |                                                                                                                                          |                                                             |                                                                                                                                    |             |                              |          |        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------------------|----------|--------|
| 申请人姓名                                                                                      |                                                                                                                                          | 身份证号码                                                       |                                                                                                                                    | 联系电话        |                              |          |        |
| 代办人姓名                                                                                      |                                                                                                                                          | 身份证号码                                                       |                                                                                                                                    |             |                              |          |        |
| 与申请人关系                                                                                     |                                                                                                                                          | 代办人联系电话                                                     |                                                                                                                                    |             |                              |          |        |
| 申请人家庭地址                                                                                    | 县（区、市）                                                                                                                                   |                                                             | 镇（街道）                                                                                                                              |             | 村（居委会）                       |          |        |
|                                                                                            |                                                                                                                                          |                                                             |                                                                                                                                    |             | 小组                           |          |        |
| 申请人（代办人）<br>银行卡账号                                                                          |                                                                                                                                          | 开户名                                                         |                                                                                                                                    | 开户行         |                              |          |        |
| 申请人参保类别                                                                                    | <input type="checkbox"/> 职工医保                                                                                                            |                                                             | <input type="checkbox"/> 城乡居民医保                                                                                                    |             | <input type="checkbox"/> 未参保 |          |        |
| 救助对象类别                                                                                     | 第三类： <input type="checkbox"/> 一次性定额救助对象（ <input type="checkbox"/> 低收入家庭的老年人 <input type="checkbox"/> 未成年人 <input type="checkbox"/> 重病患者） |                                                             |                                                                                                                                    |             |                              |          |        |
|                                                                                            | 第四类： <input type="checkbox"/> 因病致贫家庭重病患者                                                                                                 |                                                             |                                                                                                                                    |             |                              |          |        |
| 申请救助方式                                                                                     | <input type="checkbox"/> 一次性定额救助 <input type="checkbox"/> 重特大疾病救助                                                                        |                                                             |                                                                                                                                    |             |                              |          |        |
| 医疗费用情况                                                                                     | 发票总额（元）                                                                                                                                  | 合规医疗费用（元）                                                   | 基本医保报销金额（元）                                                                                                                        | 大病医保报销金额（元） | 医疗救助金额（元）                    |          |        |
|                                                                                            |                                                                                                                                          |                                                             |                                                                                                                                    |             |                              |          |        |
|                                                                                            | 精准扶贫医疗叠加<br>保险补助金额                                                                                                                       | 医保扶贫补充补助<br>金额（元）                                           | 报销金额（元）                                                                                                                            | 报销金额（元）     | 各项报销后个人负担<br>合规医疗费用（元）       |          |        |
|                                                                                            |                                                                                                                                          |                                                             |                                                                                                                                    |             |                              |          |        |
| 家庭成员及收入情况                                                                                  | 姓名                                                                                                                                       | 性别                                                          | 与申请人关系                                                                                                                             | 出生年月        | 健康情况                         | 工作单位、职业  | 月收入（元） |
|                                                                                            |                                                                                                                                          |                                                             | 本人                                                                                                                                 |             |                              |          |        |
|                                                                                            |                                                                                                                                          |                                                             |                                                                                                                                    |             |                              |          |        |
|                                                                                            |                                                                                                                                          |                                                             |                                                                                                                                    |             |                              |          |        |
|                                                                                            |                                                                                                                                          |                                                             |                                                                                                                                    |             |                              |          |        |
|                                                                                            |                                                                                                                                          |                                                             |                                                                                                                                    |             |                              |          |        |
|                                                                                            |                                                                                                                                          |                                                             |                                                                                                                                    |             |                              |          |        |
|                                                                                            |                                                                                                                                          |                                                             |                                                                                                                                    |             |                              |          |        |
| 家庭年总收入（元）                                                                                  |                                                                                                                                          |                                                             | 家庭人均月收入（元）                                                                                                                         |             |                              |          |        |
| 家庭财产情况                                                                                     | 全部存款                                                                                                                                     | _____元                                                      | 借出款                                                                                                                                | _____元      | 有价证券                         | _____元   |        |
|                                                                                            | 住房                                                                                                                                       | 数量：_____套                                                   |                                                                                                                                    |             | 金银首饰                         | 价值_____元 |        |
|                                                                                            |                                                                                                                                          | 建筑面积：_____m <sup>2</sup>                                    |                                                                                                                                    |             | 车辆                           | 价值_____元 |        |
|                                                                                            |                                                                                                                                          | 产权： <input type="checkbox"/> 私有 <input type="checkbox"/> 租赁 |                                                                                                                                    |             | 其他                           | 价值_____元 |        |
| 结构： <input type="checkbox"/> 土木 <input type="checkbox"/> 砖混 <input type="checkbox"/> 危房    |                                                                                                                                          |                                                             |                                                                                                                                    |             |                              |          |        |
| 装饰： <input type="checkbox"/> 未装饰 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 中等以上 |                                                                                                                                          |                                                             |                                                                                                                                    |             |                              |          |        |
| 家庭财产合计                                                                                     | _____元                                                                                                                                   | 其他                                                          | <input type="checkbox"/> 小孩通过自费择校、借读，进入私立学校就读； <input type="checkbox"/> 家庭成员出国工作（包括劳务输出）、学习或经商； <input type="checkbox"/> 家庭成员外出务工。 |             |                              |          |        |

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>承诺内容</p>              | <p>本人代表家庭申请城乡居民医疗救助一次性定额救助或重特大疾病救助，对所反映的情况和提供的证明材料的真实性负责，绝无隐瞒和虚报，包括下列情况：1. 家庭人口及家庭成员从事的职业、收入，以及身体状况等基本情况；2. 家庭财产情况；3. 相关证明材料（医疗费用发票、医疗费用清单、医保结算单、社会保障卡（或身份证）复印件、家庭月人均收入证明、在学证明等）。如有虚报、隐瞒、欺骗、伪造行为的，愿意停止申请医疗救助并退回因此所领取的救助资金，并承担相应法律责任。</p> <p>申请人确认已经阅读并知悉以上全部内容。</p> <p>申请人或代办人签名（指模）： _____ 年 月 日</p>                                                                                |
| <p>所在地医保经办机构初审意见</p>     | <p>经初审：申请材料齐全、相关证明材料与《申请表》填写一致；申请人（患病对象）为<br/> <input type="checkbox"/>老年人 <input type="checkbox"/>未成年人 <input type="checkbox"/>重病（重特大疾病）患者。</p> <p>经办人签字： _____<br/>         审核人签字： _____</p> <p style="text-align: right;">医保经办机构（业务章）<br/>年 月 日</p>                                                                                                                               |
| <p>乡镇人民政府（街道办事处）审核意见</p> | <p>经入户调查：<input type="checkbox"/>申请人申报家庭成员及财产收入等情况属实，经公示无异议，建议予以列入救助对象。<br/> <input type="checkbox"/>申请人申报家庭成员及财产收入等情况不实，建议不予以列入救助对象。</p> <p>入户调查人签字（镇街包村干部）： _____<br/>         审批人签字（镇街包片领导）： _____</p> <p style="text-align: right;">_____ 乡镇人民政府（街道办事处）（盖章）<br/>年 月 日</p>                                                                                                        |
| <p>县级民政部门核对结果</p>        | <p>详见《福建省救助申请家庭经济状况核对报告》，核对报告需加盖县级民政部门公章。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <p>医保管理部审核审批意见</p>       | <p>结合镇（街）审核意见和民政部门核对结果，现审批予以<br/> <input type="checkbox"/>一次性定额救助 <input type="checkbox"/>重特大疾病救助</p> <p>审定医疗总费用： _____元，已报销总金额： _____元，同意予以发放救助金额 _____元</p> <p>（大写： _____万 _____仟 _____佰 _____拾 _____元 _____角 _____分）。</p> <p><input type="checkbox"/>该申请人不符合医疗救助条件。理由如下：</p> <p>经办人签字： _____ 审核人签字： _____ 审批人签字： _____</p> <p style="text-align: right;">医保经办机构（公章）<br/>年 月 日</p> |
| <p>备注</p>                | <p>一、递交了本申请表并不代表一定能够获得救助。如符合救助条件，医保管理部将在审核后按救助金额发放至申请人指定的银行账户。</p> <p>二、救助对象需提供以下材料：1. 医疗费用收据（发票，加盖收费专用章）；2. 医疗费用清单（未在我市参保或基本医疗保险无法报销的才需提供）；3. 医保结算单；4. 社会保障卡；5. 身份证原件及复印件；6. 申请人（或监护人）银行账号；7. 《泉州市居民家庭经济状况核对授权书》。</p> <p>三、本表一式贰份，乡镇人民政府（街道办事处）和医保管理部各存一份。</p>                                                                                                                      |



## 附件 2

# 泉州市居民家庭经济状况核对授权书

因本人提出  一次性定额救助  重特大疾病救助 申请，经认真学习申请的救助项目及居民家庭经济状况核对的相关政策，充分了解其必要性，现作出如下授权：

一、本人自愿授权并将积极配合该项救助政策主管部门委托的核对机构，通过合法途径对本人家庭经济有关状况进行查询、核对，并同意救助政策主管部门或核对机构按规定进行公示，请民政、公安、工商、税务、人社、公积金、银行、证券、保险及其它核对机构认为必要的部门或单位凭此授权书予以配合，本人自愿承担由此次授权查询引起的相应责任。

二、本人已清楚知晓身份信息、银行账户等的出借行为为违法行为，愿意接受一切由此导致的认定结果。

三、本人所提供的材料全部真实有效，如有虚假或隐瞒，本人愿意放弃申报或退还已享受的相关社会救助待遇，并接受管理审批机关按照有关规定给予的处罚。

四、本人自愿委托\_\_\_\_\_为本次申请各事项的申请代理人，其填写的表格、所做的决定将代表我们全家共同的决定。

授权书有效期从本人提出申请之日起至终止享受社会救助之日止。

授权人（需核对人员）签字：

1. \_\_\_\_\_（指模） 2. \_\_\_\_\_（指模） 3. \_\_\_\_\_（指模）  
4. \_\_\_\_\_（指模） 5. \_\_\_\_\_（指模） 6. \_\_\_\_\_（指模）  
7. \_\_\_\_\_（指模） 8. \_\_\_\_\_（指模） 9. \_\_\_\_\_（指模）

经办人员签字：1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 年 月 日

备注：家庭成员为无民事行为能力人、限制民事行为能力人的，由监护人代签；代签的需由本人按指模。

附件 3

## 关于委托核查医疗救助申请对象 家庭经济状况的函

\_\_\_\_\_ 民政局：

现有\_\_\_\_\_

等申请人\_\_\_\_\_名，申请办理一次性定额救助或重特大疾病救助。按照《泉州市人民政府办公室转发市医保局等部门关于完善城乡居民医疗救助体系实施意见的通知》（泉政办〔2018〕1号）规定，经初审，现提交《泉州市居民家庭经济状况核对授权书》等相关材料，委托核查医疗救助申请对象家庭经济状况，请及时函复。

附件：医疗救助申请对象花名册

联系人：

联系电话：

泉州市医疗保障基金管理中心

\_\_\_\_\_管理部

年 月 日

附件 4

## 关于反馈医疗救助申请对象家庭经济状况 核查情况的函

\_\_\_\_\_ 医保管理部：

现将\_\_\_\_\_

等\_\_\_\_\_名医疗救助申请对象的家庭经济状况核查情况反馈  
给贵单位。具体核查情况见附件。

附件：福建省救助申请家庭经济经济状况核对报告

联系人：

联系电话：

\_\_\_\_\_ 民政局

年 月 日