

炎陵县人民政府公报

GAZETTE OF THE PEOPLE'S

GOVERNMENT OF YANLING COUNTY

◎刊登的公文与正式文件具有同等效力

炎陵县人民政府办公室 2024 年 5 月 14 日 第 1 期 总第 0001

期

目 录

【县政府办公室文件】

炎陵县人民政府办公室关于印发《炎陵县医疗救助第三类救助对象和再救助对象  
认定办法》的通知

( 炎政办发〔 2024 〕1 号 YLDR-2024-01001 ).....1

# 炎陵县人民政府办公室文件

炎政办发〔2024〕1号

## 炎陵县人民政府办公室 关于印发《炎陵县医疗救助第三类救助对象和 再救助对象认定办法》的通知

各乡镇人民政府,县直相关单位:

经县人民政府同意,现将《炎陵县医疗救助第三类救助对象和再救助对象认定办法》印发给你们,请认真遵照执行。



(此件主动公开)

# 炎陵县医疗救助第三类救助对象和再救助对象认定办法

**第一条** 为做好全县医疗救助第三类救助对象(以下简称第三类救助对象)和再救助对象认定工作,根据《湖南省人民政府办公厅关于印发〈湖南省医疗救助办法〉的通知》(湘政办发〔2021〕62号)、《株洲市人民政府办公室关于印发〈株洲市医疗救助实施细则〉的通知》(株政办发〔2022〕8号)、省民政厅等21部门《关于印发〈湖南省社会救助家庭经济状况核对办法〉的通知》(湘民发〔2021〕40号)、市民政局等11部门《关于印发〈株洲市低收入家庭认定及救助帮扶办法〉的通知》(株民发〔2022〕5号)等相关文件规定,结合工作实际,制定本办法。

**第二条** 具有本县户籍的基本医疗参保人员或本县认定的第一类、第二类救助对象,其医疗费用在基本医疗保险、大病保险(大病互助)和其他补充医疗保险支付后仍有困难的,可按照规定申请医疗救助。

**第三条** 乡镇或职工医保参保单位根据县民政局家庭经济状况核算评估办法、工作流程负责组织实施第三类救助对象的申请受理、入户调查、经济状况的核算等工作;县民政局负责通过《株洲市居民家庭经济状况核对平台》对第三类救助对象的家庭经济状况进行核对及认定工作;县乡村振兴局负责做好农村有因病返贫

致贫风险的监测对象身份认定工作；县退役军人事务局负责定期向县医疗保障局推送退役军人信息，做好退役军人身份核实确认工作；县医疗保障局负责按照相关部门提供的经济状况核定评估情况及身份认定意见，严格落实救助政策。

#### **第四条** 第三类救助对象申请医疗救助，应符合下列标准之一：

（一）提出医疗救助申请前12个月的家庭人均可支配收入高于我县最低生活保障边缘家庭年人均收入基准线，低于我县当年最低生活保障标准的3倍，其除基本住房、基本生活必需品之外的家庭财产不足以支付医疗费用自负部分的重病患者；

（二）个人年度医保政策范围内自负医疗费用达到其家庭年可支配总收入的50%以上、因病致贫的大病患者。

**第五条** 再救助制度。对基本医保、大病保险（大病互助）和医疗救助三重制度支付后，其政策范围内个人负担医疗费用超过8000元。且经乡村振兴部门认定，有返贫致贫风险的人员，经本办法明确的申请、审核程序，予以再救助。再救助对象一个自然年度内，经基本医保、大病保险（大病互助）和医疗救助三重制度支付后，累计个人负担的政策范围内医疗费用按照50%的比例给予再救助。

#### **第六条** 第三类救助对象（再救助对象）认定程序：

（一）个人申请。参加我县基本医疗保险的申请人原则上向户籍所在地乡镇提出书面申请。参加我县职工医保的灵活就业人员、破产改制企业退休人员向居住地所在乡镇提出救助申请，其他

参保职工向所在单位提出申请。申请人提出申请时需填写《炎陵县第三类救助对象(再救助对象)医疗救助申请表》(附件2)和《炎陵县第三类救助对象(再救助对象)家庭经济状况核对授权书》(附件4),并按照《株洲市医疗救助实施细则》规定如实提供以下资料。

1.救助对象本人身份证、户口簿原件及复印件(委托他人办理的,同时提供受委托人的身份证或户口簿原件及复印件);

2.提供社会保障卡、“一卡通”或银行卡复印件;

3.当年度疾病诊断书或病史证明材料;

4.相关医疗机构出具的当年度医疗费用结算清单、转诊证明等能够证明合规医疗费用的有效凭证等;

5.民政部门出具的认定证明材料,乡村振兴部门出具的监测对象身份认定证明,退役军人事务部门出具的退役军人证明。

(二)入户调查。乡镇或参保单位受理医疗救助申请后,应根据县民政局家庭经济状况核算评估办法,在10个工作日内完成入户调查核实和基础资料审核。调查核实后,乡镇人民政府或参保单位应当出具家庭经济状况调查表(附件3)、家庭经济状况核对报告等评估材料,同时对其医疗救助申请提出初审意见,即乡镇或参保单位医保、民政经办人须签字,乡镇或参保单位负责人签字盖章,并将相关评估和审核资料(包括医疗救助申请表、家庭经济状况调查表、家庭经济状况核对报告、相关职能部门出具的证明材料及前期收集的申请对象的相关资料)提交县民政局或县乡村振兴

局进行核对。如遇突发性重特大疾病患者,应特事特办、及时审核。经入户核查不符合条件的,要向申请人出具《炎陵县不符合第三类救助对象(再救助对象)认定条件的告知书》(附件6)。

(三)行业部门核对。县民政局在收到医疗救助核对委托后,在10个工作日内,完成对第三类救助对象的认定。申请对象符合第三类救助对象认定标准的,县民政局在第三类救助对象医疗救助申请表中的身份类别审核意见栏签署核对认定意见,经办人和负责人签字并盖公章;申请对象符合再救助对象认定标准的,县乡村振兴局在再救助对象医疗救助申请表中的身份类别审核意见栏签署核对认定意见,经办人和负责人签字并盖公章。经核查,不符合救助条件的,由乡镇或参保单位书面通知申请人并说明理由。

(四)身份认定公示。乡镇或参保单位结合入户调查和相关行业部门意见,将符合条件的对象在乡镇、村(社区)或参保单位固定公示栏予以公示(公示模板见附件7),公示期为5个工作日。经公示无异议后,乡镇或参保单位出具身份认定意见,填写炎陵县医疗救助公示结果报告单(附件8)。

(五)医保部门审核支付。乡镇或参保单位应及时将符合条件对象的申报材料报县医保局。县医保局在收到申报材料后的10个工作日内完成审核,并在医疗救助申请表(附件2)中签署审核意见。对符合条件的申请,在完成审核后10个工作日内,将救助资金汇入救助对象银行账户或“一卡通”账户,并将批准意见通知乡



镇或参保单位。对不符合条件的申请,应当将材料退回,作出不予批准决定,填写《炎陵县医疗保障局医疗救助(再救助)申请不予批准告知书》(附件9),并通过乡镇或参保单位将不予批准决定告知申请人。

**(六)救助情况公示。**乡镇或参保单位应当在当季度末,根据县医保局当季审批的救助对象救助实施情况,在救助对象所在村(社区)或参保单位固定公示栏进行公示(公示模板见附件10),公示期为5个工作日,接受社会监督。公示期内有异议的,县医疗保障局应当自接到异议之日起10个工作日内组织调查核实,并公布调查结果。经调查,确属违规享受医疗救助待遇的,要及时追回救助资金。构成犯罪的,依法追究相关人员法律责任。

**第七条** 再救助申请时间。每年1至4月为再救助对象的集中申请期,第二季度末完成对救助对象上年度就医发生的医疗费用的再救助。

**第八条** 当年度住院医疗救助须自出院之日起至次年4月30日前提出申请。

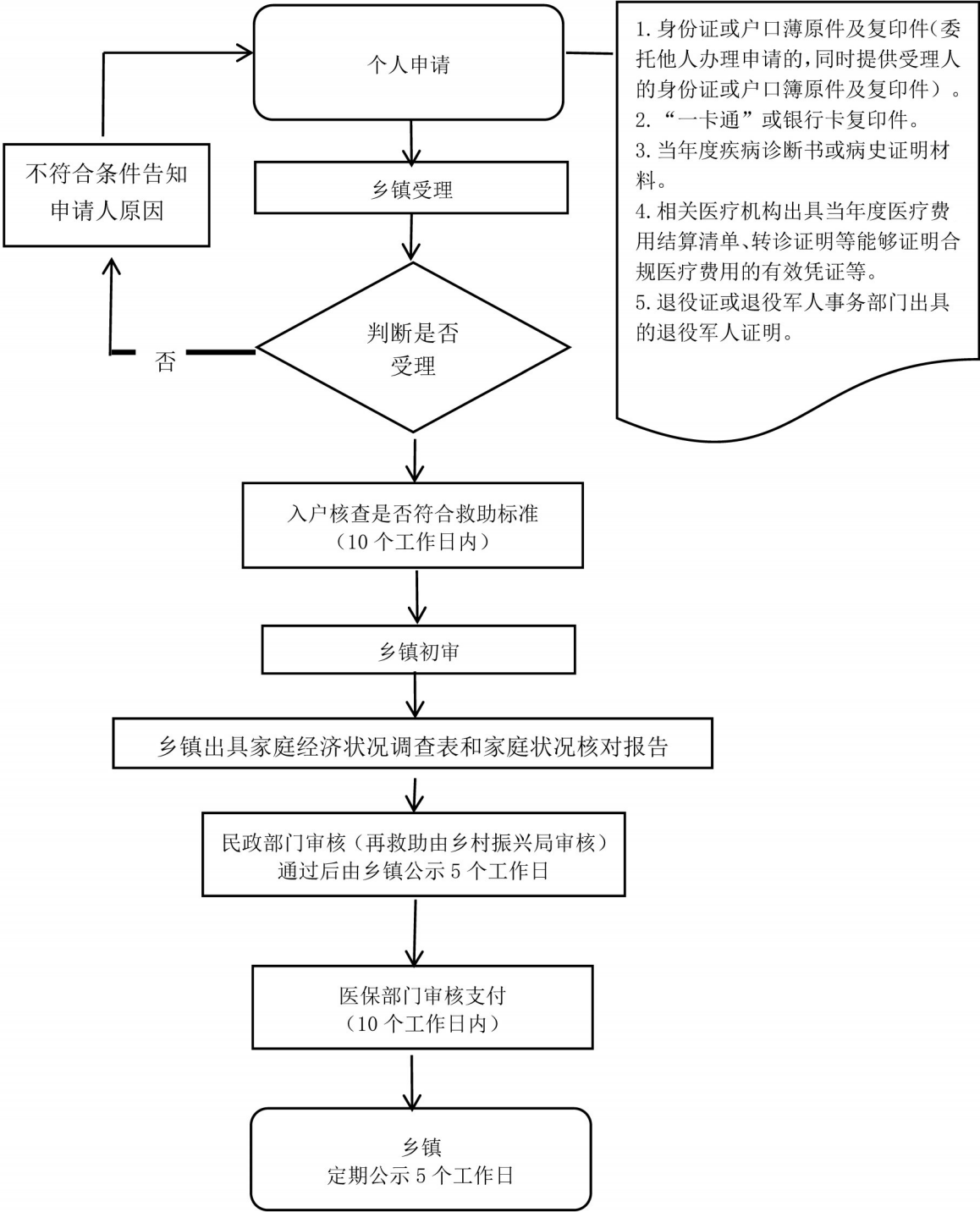
**第九条** 本办法自公布之日起施行,有效期为5年。以往文件规定与本办法不一致的,以本办法为准;国家、省、市有新规定的,从其规定执行。

**第十条** 本办法由县政府办公室解释,具体解释工作由县医疗保障局会同县民政局、县乡村振兴局、县退役军人事务局负责解释。

- 附件：1. 炎陵县第三类救助对象(再救助对象)申请办理流程图
2. 炎陵县第三类救助对象(再救助对象)医疗救助申请表
3. 炎陵县家庭经济状况调查表
4. 炎陵县第三类救助对象(再救助对象)家庭经济状况  
核对授权书
5. 炎陵县医疗救助对象家庭经济状况查询委托书
6. 炎陵县不符合第三类救助对象(再救助对象)认定条件的  
告知书
7. 炎陵县第三类救助对象(再救助对象)认定情况公示
8. 炎陵县医疗救助公示结果报告单
9. 炎陵县医疗保障局医疗救助(再救助)申请不予批准  
告知书
10. 炎陵县第三类救助对象(再救助对象)医疗救助待遇  
享受情况公示



# 炎陵县第三类救助对象(再救助对象) 申请办理流程图



## 附件 2

### 炎陵县第三类救助对象(再救助对象)

# 医疗救助申请表

|                |  |     |  |              |                             |  |  |
|----------------|--|-----|--|--------------|-----------------------------|--|--|
| 申 请 人<br>姓 名   |  | 性 别 |  | 身 份 证<br>号 码 |                             |  |  |
| 家 庭 住 址        | 乡(镇)                  村(社区)                  组(小区)                  栋                  号   |     |  |              |                             |  |  |
| 户 籍 地          |  |     |  |              | 联系方式                        |  |  |
| 诊断病种           |  |     |  |              | 是否<br>为<br>退<br>役<br>军<br>人 |  |  |
| 基本医疗<br>保险种类   | <input type="checkbox"/> 城乡居民医疗保险<br><input type="checkbox"/> 城镇职工医疗保险   |     |  | 银 行<br>账 号   |                             |  |  |
|                |  |     |  | 开 户 人<br>姓 名 |                             |  |  |
| 救 助 对 象<br>类 别 | 一类救助对象： <input type="checkbox"/> 特困供养人员 <input type="checkbox"/> 孤儿 <input type="checkbox"/> 事实无人抚养儿童<br>二类救助对象： <input type="checkbox"/> 低保 <input type="checkbox"/> 重度残疾人 <input type="checkbox"/> 低保边缘家庭成员<br><input type="checkbox"/> 纳入监测范围的防止返贫监测对象<br>三类救助对象： <input type="checkbox"/><br>再 救 助 对 象： <input type="checkbox"/> |     |  |              |                             |  |  |
| 申 请 人<br>承 诺   | 本人和家属代表承诺：我们提供的所有医疗救助申请资料真实可靠，信息准确，无虚构成分；不以相同的病历资料、住院发票、结算单重复申请医疗救助；不以虚假身份申请医疗救助。否则予以退还全部的医疗救助资金并承担相关法律责任，特此承诺。<br><br>申请人(签名)：_____年     月     日  |     |  |              |                             |  |  |

|                  |   |
|------------------|---|
| 乡镇医保办及民政办核实、认定意见 | <p>经调查核实和计算评估,申请人符合第_____类救助对象条件□/再救助对象条件□。</p> <p>医保(签字): _____ 民政(签字): _____</p> <p>年 月 日 年 月 日</p>     |
| 乡镇意见             | <p>负责人(签名): _____ (公章)</p> <p>年 月 日</p>   |
| 县市区相关部门对身份类别审核意见 | <p>经审核,申请人符合第_____类救助对象条件□/再救助对象条件□。</p> <p>经办人(签字): _____ 负责人(签字): _____</p> <p>年 月 日 年 月 日(公章)</p>      |
| 县市区医保部门审核意见      | <p>经审核,该救助对象政策范围内自付¥_____元,医疗救助金额¥_____元。</p> <p>经办人(签字): _____ 负责人(签字): _____</p> <p>年 月 日 年 月 日(公章)</p> |

备注: 1. 此表为第三类救助对象、再救助对象和因病或意外死亡的救助对象家属填写;  
2. 属于退役军人的,需提供同级退役军人事务局的证明材料;  
3. 申请救助需提供身份证或户口簿原件及复印件(委托他人办理申请的,同时提供受委托人的身份证或户口簿原件及复印件)、“一卡通”或银行卡复印件、当年度疾病诊断书或病史证明材料、相关医疗机构出具的当年度医疗费用结算清单、转诊证明等能够证明合规医疗费用的有效凭证等、民政部门出具的身份认定证明,乡村振兴部门出具的返贫致贫风险认定证明;  
4. 民政部门负责第一、第二、第三类救助对象的审核,乡村振兴部门负责再救助对象的审核。

附件3

炎陵县家庭经济状况调查表

年 月 日

|            |                |       |        |       |      |      |         |      |                |
|------------|----------------|-------|--------|-------|------|------|---------|------|----------------|
| 申请认定家庭成员信息 | 姓 名            | 身份证号码 | 与申请人关系 | 户籍性质  | 婚姻状况 | 劳动技能 | 健康状况    | 在校情况 | 工作单位/就业性质/收入状况 |
|            |                |       |        |       |      |      |         |      |                |
|            |                |       |        |       |      |      |         |      |                |
|            |                |       |        |       |      |      |         |      |                |
|            |                |       |        |       |      |      |         |      |                |
|            |                |       |        |       |      |      |         |      |                |
|            |                | 现居住地址 |        |       |      |      |         |      |                |
|            | 户主电话           |       |        |       |      |      |         |      |                |
| 收入评估情况     | 计算内容           |       |        | 计算项目  |      |      | 计算金额(元) |      |                |
|            | 应计算收入<br>(年收入) |       |        | 工资性收入 |      |      |         |      |                |
|            |                |       |        | 经营性收入 |      |      |         |      |                |
|            |                |       |        | 财产性收入 |      |      |         |      |                |
|            |                |       |        | 转移性收入 |      |      |         |      |                |
|            |                |       |        | 其他收入  |      |      |         |      |                |
|            | 合 计            |       |        |       |      |      |         |      |                |
|            | 基本住房情况         |       |        |       |      |      |         |      |                |
|            | 基本生活必需品开支      |       |        |       |      |      |         |      |                |
|            | 家庭可支配总收入       |       |        |       |      |      |         |      |                |
|            | 家庭人均可支配收入      |       |        |       |      |      |         |      |                |
|            | 医保政策范围内自负医疗费用  |       |        |       |      |      |         |      |                |

入户调查计算评估人员签字：

备注：计算收入以《炎陵县低收入家庭认定社会及救助帮扶实施细则》（炎民发〔2022〕18号）为准。

附件 4

炎陵县第三类救助对象(再救助对象)  
家庭经济状况核对授权书

本人姓名\_\_\_\_\_，因家庭经济困难，医疗费用过高需要申请医疗救助。本人及共同生活的家庭成员授权医疗救助审核、审批机关及其指定的收入核对机构对本人及家庭成员(含法定赡、抚、扶养关系成员)的收入和家庭财产情况相关信息进行核对,包括但不限于入户调查和到医疗保障、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、银保监、住房公积金中心、银行、保险、证券等部门、机构进行核查和信息比对。

| 授权人姓名 | 身份证号码 | 签名(按捺指模) |
|-------|-------|----------|
|       |       |          |
|       |       |          |
|       |       |          |
|       |       |          |
|       |       |          |
|       |       |          |

授权时间：        年    月    日

乡镇经办人员签字：\_\_\_\_\_

注：有民事行为能力的医疗救助申请对象及家庭成员应当由本人签字并按捺指纹,无民事行为能力的医疗救助申请对象及家庭成员应当由监护人签字并按捺指纹,授权人需提供本人身份证复印件。

## 附件5

# 炎陵县医疗救助对象家庭经济状况查询委托书

炎陵县民政局：

我辖区\_\_\_\_\_等\_\_\_\_\_人(身份证号码\_\_\_\_\_) (委托查询名册附后) 向我单位申请\_\_\_\_\_社会救助。经本单位查明,本批次申请对象已经户主及全体家庭成员授权,同意进行居民家庭经济状况核对属实,按照《社会救助暂行办法》相关规定,符合查询条件。为准确认定救助对象,特委托贵单位查询其家庭经济状况,所产生的法律后果由本单位承担。

负责人签字：

(委托单位公章)

年 月 日



## 附件6

# 炎陵县不符合第三类救助对象 (再救助对象)认定条件的告知书

\_\_\_\_\_先生/女士:

您于\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日向\_\_\_\_\_提交  
医疗救助申请,经审核,根据《株洲市医疗救助实施细则》《炎陵县  
医疗救助第三类救助对象和再救助对象认定办法》等相关文件规  
定,您因:

☐个人负担的医疗费用不符合相关规定;

☐所提交的资料有误,具体表现为:

☐其他原因,具体为:

不符合医疗救助对象认定条件,特此函告。

若对本告知书有异议,可自收到本告知书之日起15日内向本  
单位提出复查申请。

\_\_\_\_\_乡镇(单位)

年 月 日

附件 7

炎陵县第三类救助对象(再救助对象)  
认定情况公示

根据《株洲市人民政府办公室关于印发〈株洲市医疗救助实施细则〉的通知》(株政办发〔2022〕8号)、《炎陵县医疗救助第三类救助对象和再救助对象认定办法》要求,经本人申请,乡镇、村委会入户核查签署意见审核后,县民政局(县乡村振兴局)审核认定,现将\_\_\_\_\_乡镇(街道或单位)\_\_\_\_\_村(社区)符合第三类医疗救助对象(再救助对象)申请条件的人员基本情况进行公示,公示期为\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日(公示期为5个工作日),请社会予以监督。如有异议,请于\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日前向\_\_\_\_\_乡(镇)人民政府反映。受理举报电话:0731-\_\_\_\_\_

| 申请人 | 救助类别 | 诊断病种 | 医疗总费用<br>(元) | 个人负担费用<br>(元) |
|-----|------|------|--------------|---------------|
|     |      |      |              |               |
|     |      |      |              |               |
|     |      |      |              |               |
|     |      |      |              |               |

\_\_\_\_\_乡(镇)人民政府(或参保单位)

年 月 日

## 附件 8

# 炎陵县医疗救助公示结果报告单

炎陵县医疗保障局：

根据相关文件规定,为体现公开、公正、公平的原则,经本人申请,乡镇、村(社区)入户核查审核,民政部门审核认定,本乡(镇)对符合第三类救助对象救助条件的\_\_\_\_人的认定情况进行了公示。公示时间从\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日至\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日。公示期间未接到群众对公示对象有异议,特此报告。

乡(镇)人民政府(盖章)

年 月 日

附件9

## 炎陵县医疗保障局 医疗救助(再救助)申请不予批准告知书

\_\_\_\_\_先生/女士：

本单位于\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日收到您申请医疗救助的相关资料,经审核,您因：

不符合《株洲市医疗救助实施细则》《炎陵县医疗救助第三类救助对象和再救助对象认定办法》第\_\_\_\_条规定,决定不予批准医疗救助,特此函告。

若对本决定有异议,可自收到本告知书之日起15日内向本单位提出复查申请。

炎陵县医疗保障局

年 月 日

炎陵县第三类救助对象(再救助对象)

医疗救助待遇享受情况公示

(\_\_\_\_\_年第\_\_\_\_季度)

根据《株洲市人民政府办公室关于印发〈株洲市医疗救助实施细则〉的通知》(株政办发〔2022〕8号)要求,现将\_\_\_\_\_年第\_\_\_\_季度到\_\_\_\_\_乡镇或单位申请医疗救助人员享受待遇情况进行公示,公示期为\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日(公示期为5个工作日),请社会予以监督,如有异议,请于\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日前向我单位反映。

举报受理:\_\_\_\_\_乡镇(或参保单位) 0731-\_\_\_\_\_  
炎陵县医疗保障局 0731-\_\_\_\_\_

| 申请人 | 救助类别 | 医疗总费用<br>(元) | 个人负担费用<br>(元) | 医疗救助金额<br>(元) |
|-----|------|--------------|---------------|---------------|
|     |      |              |               |               |
|     |      |              |               |               |
|     |      |              |               |               |
|     |      |              |               |               |

\_\_\_\_\_乡(镇)(参保单位)  
年 月 日





---

抄送：县委办，县人大办，县政协办。

炎陵县人民政府办公室

2024年1月29日印发

---