452036006W05

依申请医疗救助服务指南

2022年11月发布 2022年11月实施

柳州市医疗救助和医药招采综合服务中心 发 布

1. 事项编码

452036006W05

1. 适用范围

符合《广西壮族自治区人民政府办公厅关于健全广西重特大疾病医疗保险和救助制度的通知》（桂政办发〔2022〕5号）、《广西壮族自治区实施乡村振兴战略指挥部医疗保障专责小组关于进一步做好巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果同乡村振兴有效衔接有关工作的通知》依申请保障政策申请条件的参保人员。

1. 事项类别

公共服务

1. 设立依据

《广西壮族自治区人民政府办公厅关于健全广西重特大疾病医疗保险和救助制度的通知》（桂政办发〔2022〕5号）

1. 受理机构

各级医保经办机构

1. 决定机构

各级医保经办机构

1. 办理条件
2. 准予批准的条件：

符合依申请保障政策申请的条件

1. 不予批准的情形：

不符合依申请保障政策申请的条件

其他需要说明的情形：无

八、申办材料

申请人把下列申请资料（文件、物品）送交办理窗口：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 提交材料名称 | 原件/  复印件 | 份数 | 纸质/电子版 | 特定要求 |
| 1 | 医保电子凭证或有效身份证件或社保卡（委托他人办理的，还需提供代办人身份证和授权委托书） | 原件或  复印件 | 1 | 纸质/  电子版 | 无 |
| 2 | 《广西依申请医疗救助审核表》 | 原件 | 1 | 纸质 | 无 |
| 3 | 医保报销后的结算单 | 原件或复印件 | 1 | 纸质 | 无 |
| 4 | 其他补充医疗保险结算单（理赔通知书）等有效凭证 | 原件或  复印件 | 1 | 纸质 | 有其他补充医疗保险的需提供，提供复印件需加盖提供补助单位相关业务章，无其他补充医疗保险的提供个人承诺书原件。 |
| 5 | 参保人本人银行账户 | 复印件 | 1 | 纸质 | 如无法提供的，可提供参保人员直系亲属的银行账户及双方关系佐证材料或承诺书原件。 |
| 6 | 民政部门认定为因病支出型困难家庭成员的佐证材料 | 复印件 | 1 | 纸质 | 非医疗救助对象、监测对象需提供。 |

九、办理方式

窗口受理：直接到各级医保经办窗口提交申请材料。

十、办理流程

1. 流程图

在医保经办机构申报：

|  |
| --- |
| 接收提交的材料  （即时） |
|  |
| 作出受理决定  （即时） |
|  |
| 审核  (10个工作日） |
|  |
| 一事一议  (15个工作日） |
|  |
| 公示  (5个工作日） |
|  |
| 拨付  （10个工作日） |

|  |
| --- |
|  |
| 结果反馈  （即时） |

（二）办理程序

1.受理

2.审核

3.一事一议

4.公示

5.拨付

十一、办理时限

1. 法定时限

40个工作日

1. 承诺时限

40个工作日

十二、收费依据及标准

1. 收费项目

无

1. 收费依据

无

（三）收费标准

无

十三、结果送达

窗口自取。

十四、咨询方式

1. 现场咨询

各级医保经办机构服务窗口

1. 电话咨询

1.城中区医疗保障局 电话：0772-2094746。

2.柳北区医疗保障局 电话：0772-2513750。

3.柳南区医疗保障局 电话：0772-2169702。

4.鱼峰区医疗保障局 电话：0772-3593635。

5.柳东新区人力资源和社会保障局 电话：0772-2673923 。

6.阳和工业（北部生态）新区社会事务局 电话：0772-3510869。

7.柳江区医疗保障局 电话：0772-7261186，0772-7211753

8.鹿寨县医疗保障局 电话：0772-6838067。

9.柳城县医疗救助和医药招采综合服务中心 电话：

0772-7610052。

10.融安县医疗保障局 电话：0772-5300172。

11.融水县医疗保障局 电话：0772-5918843。

12.三江县医疗保障局 电话：0772-8618580。

1. 网上咨询

各级医保部门官方网站

十五、监督投诉渠道

1. 现场监督投诉

1.各级医保经办机构服务窗口

2.柳州市新柳大道91号启元广场B座12楼1229室

1. 电话监督投诉

各级医保经办机构服务窗口电话

1. 网上监督投诉

各级医保部门官方网站

十六、办理地址和时间

（一）地址：

1.城中区医疗保障局：柳州市城中区沿江路河东管理大厦10楼1019

2.柳北区医疗保障局：柳北区胜利路12-8号柳北区人民政府4楼416室

3.柳南区医疗保障局：柳州市潭中西路10号柳南区人民政府元信楼14楼

4.鱼峰区医疗保障局：鱼峰区静园路2号鱼峰政务服务中心3楼302室（金科天宸小区旁）

5.柳东新区人力资源和社会保障局：柳东新区新柳大道89号企业总部大楼AＢ座17楼1726室

6.阳和工业（北部生态）新区社会事务局：鱼峰区古亭大道100号冠亚大厦三楼307室

7.柳江区医疗保障局 ：柳江区九曲名邸6号楼行政审批中心二楼医疗保障综合服务窗口

8.鹿寨县医疗保障局 ：鹿寨县桂圆路8号汇一联12楼待遇和结算股

9.柳城县医疗救助和医药招采综合服务中心：柳城县大埔镇城东大厦主楼一楼服务大厅

10.融安县医疗保障局：融安县长安镇广场东路人力资源和社会保障局3楼

11.融水县医疗保障局：融水苗族自治县民族大道203号振城大厦3楼

12.三江县医疗保障局：三江县侗乡大道22号楼二楼医保中心服务大厅

（二）时间

1.城中区医疗保障局

工作时间：上午9:00-12:00，下午13:00-16:00

2.柳北区医疗保障局

工作时间：上午8:00-12:00，下午15:00-18:00

3.柳南区医疗保障局

工作时间：上午8:00-12:00，下午15:00-18:00

4.鱼峰区医疗保障局

工作时间：上午8:00-12:00，下午15:00-18:00

5.柳东新区人力资源和社会保障局

工作时间：上午8:30-12:00，下午14:30-17:30

6.阳和工业（北部生态）新区社会事务局

工作时间：上午8:30-12:00，下午14:30-17:30

7.柳江区医疗保障局

工作时间：上午9:00-12:00，下午13:00-16:00

8.鹿寨县医疗保障局

工作时间：上午8:30-12:00，下午13:00-16:00

9.柳城县医疗救助和医药招采综合服务中心

工作时间：上午9:00-12:00，下午13:00-16:00

10.融安县医疗保障局

工作时间：上午9:00-12:00，下午13:00-16:30

11.融水县医疗保障局

工作时间：上午：9:00-12:00，下午13:00-16:00

1. 三江县医疗保障局

工作时间：上午：9:00-12:00，下午13:30-16:30

法定节假日除外。

十七、办理进程和结果查询

1. 办理进程查询方式

1.现场查询

各级医保经办机构服务窗口

2.电话查询

各级医保经办机构查询电话

1. 结果公开查询方式

1.现场查询

各级医保经办机构服务窗口

2.电话查询

各级医保经办机构查询电话

广西依申请医疗救助审核表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | |
| 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） |  |
| （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： | | | | | | | |
| 申请人（代办人）签名： 日期： | | | | | | | |
| 乡镇（街道）受理经办人签名： 日期： | | | | | | | |
| 是否符合因病支出型困难家庭成员：符合（ ）、不符合（ ）  核查人签名（两名或以上）： 日期： | | | | | | | |
| 乡镇人民政府（街道办事处）是否符合依申请救助初审意见：符合（ ）、不符合（ ）  初审人签名： 年 月 日  复审人签名： 年 月 日 （单位盖章） | | | | | | | |
| 医保经办机构审核意见： 经专题会议研究并审核，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 （单位盖章） | | | | | | | |
| 公示期： 年 月 日至 年 月 日 公示结果：无异议（ ）、有异议（ ） | | | | | | | |

广西依申请医疗救助审核表

（填写示范文本）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名：李一 | | | 身份证号码：450xxxxxxxxxxxx | | | | |
| 联系电话：138xxxxxxxx | | | 家庭住址：xx镇xx村xx坡 | | | | |
| 户籍地址： | | | 申请救助时间： 年 月 日至 年 月 日 | | | | |
| 银行卡或社保卡账号 | | | 6220xxxxxxxxxxxxx | | | | |
| 银行卡或社保卡开户银行 | | | xx银行 | | | | |
| 家庭年可支配总收入（元）：XXX元 | | | | 年度个人负担费用（元）：XXX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）：XXX元 | | | | | | | |
| 商业保险报销金额（元）：XXX元 | | | | | | | |
| 申请医疗费用信息 | | | | | | | |
| 住院费用 | 发票张数 | X张 | 医保结算  清单张数 | | X张 | 住院总费用（元） | XXX元 |
| 门诊费用 | 发票张数 | X张 | 门诊清单  张数 | | X张 | 门诊总费用（元） | XXX元 |
| （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）填写：李一 日期： | | | | | | | |
| 申请人（代办人）签名： 日期： | | | | | | | |
| 乡镇（街道）受理经办人签名： 日期： | | | | | | | |
| 是否符合因病支出型困难家庭成员：符合（ √ ）、不符合（ ）  核查人签名（两名或以上）： 李一 、李六、李五 日期：202X年X月X日 | | | | | | | |
| 乡镇人民政府（街道办事处）是否符合依申请救助初审意见： 符合（ √ ）、不符合（ ）  初审人签名： 张三 202X 年 X 月 X 日  复审人签名： 王五 202X 年 X 月 X 日 （单位盖章） | | | | | | | |
| 医保经办机构审核意见： 经专题会议研究并审核，本次予以医疗救助 xxxx 元。  初审人签名： 李四 202X 年 X 月 X 日  复审人签名： 赵六 202X 年 X 月 X 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（ ） | | | | | | | |

个人承诺书

（经办机构名称）：

本人 （身份证号 ), 办理依申请医疗救助业务，本人保证本次申请的医疗费用未享受除基本医保、城乡居民大病保险（或职工大额医疗费用补助）外的其他补充医疗保险待遇，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）：

年 月 日

个人承诺书

（填写示范文本）

XX医保中心 （经办机构名称）：

本人 张三 （身份证号450XXXXXXXXXXXXXXX), 办理依申请医疗救助业务，本人保证本次申请的医疗费用未享受除基本医保、城乡居民大病保险（或职工大额医疗费用补助）外的其他补充医疗保险待遇，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：137XXXXXXXX

通讯地址：XX省XX市XX街道XXX号

承诺人（签名、指印）：张三

20XX年XX月XX日

授权委托书

**委托人姓名： 性别： 身份证： 电话：**

**受委托人姓名： 性别： 身份证： 电话：**

**本人因 原因，不能亲自办理 相关手续，特委托 作为我的合法代理人，全权代表我办理相关事项，对受委托人在办理上述事项过程中所签署的有关材料，本人均予以认可，并承担相应的法律责任。**

**委托有效期限：从该委托事项受理之日起至办结之日止。**

**委托人签名 ： （按手印） 年 月 日**

**受委托人签名 ： （按手印） 年 月 日**

**备注：须携带受委托人身份证原件或复印件一份**

授权委托书

（填写示范文本）

**委托人姓名：张三 性别：男 身份证：4501231972XXXXXXXX 电话：136XXXXXXXX**

**受委托人姓名：李四 性别：男 身份证：4501231989XXXXXXXX 电话：138XXXXXXXX**

**本人因 身体原因 ，不能亲自办理 依申请医疗救助 相关手续，特委托 李四 作为我的合法代理人，全权代表我办理相关事项，对受委托人在办理上述事项过程中所签署的有关材料，本人均予以认可，并承担相应的法律责任。**

**委托有效期限：从该委托事项受理之日起至办结之日止。**

**委托人签名 ：张三 （按手印） 202X年X月X日**

**受委托人签名 ：李四 （按手印） 202X年X月X日**

**备注：须携带受委托人身份证原件或复印件一份**

常见错误示例

1.申报材料不齐全。

2.非医疗救助对象、监测对象未提供民政部门认定为因病支出型困难家庭成员的佐证材料。

3.无其他补充医疗保险的未提供个人承诺书。

常见问题解答

1.问：申请依申请医疗救助待遇之前需要注意什么？

答：非医疗救助对象、监测对象的需由民政部门认定为因病支出型困难家庭的成员。

2.问：一般多长时间可以办完审批手续？

答：40个工作日办结。

3.问：办理此项业务是否需要缴纳费用？

答：办理此事项不收费。