

湖南省总工会困难职工帮扶中心文件

湘工帮发〔2024〕5号

关于印发《湖南省总工会困难职工帮扶中心 2025年度职工医疗互助实施办法》的 通 知

省产业工会、省直属基层工会工作委员会所属基层工会：

《湖南省总工会困难职工帮扶中心 2025 年度职工医疗互助实施办法》已经审议通过，现印发给你们，请结合各单位实际认真组织开展。

湖南省总工会困难职工帮扶中心

2024 年 11 月 25 日



湖南省总工会困难职工帮扶中心 2025 年度职工医疗互助实施办法

为使省总工会困难职工帮扶中心 2025 年度职工医疗互助规范有序，特制定本办法。

第一章 总 则

第一条 省总工会困难职工帮扶中心（以下简称“中心”）职工医疗互助（以下简称“医疗互助”）包括**职工住院医疗互助项目、特殊疾病保障项目、职工家庭成员住院补助保障项目**。

第二条 医疗互助的参加对象（以下简称“参加人”）为：工会关系在省产业工会、省直属基层工会工作委员会的机关、企事业单位中已参加城镇职工基本医疗保险的在职职工（含合同工、劳务派遣工及其他用工形式）；与参加单位签订劳动合同且连续工作 6 个月以上、已参加城乡居民基本医疗保险的在职职工；已参加城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险的已在工会帮扶工作管理系统中建档立卡的困难职工。

职工退休年龄的界定以相关法律法规为准，以 2024 年 12 月 31 日为时间点。已办理退休手续的，不作为参加对象。

第三条 医疗互助采取团体会员制，单位职工人数在 15 人以上的，参加人数应达到符合参加条件人数的 60%以上；单位职工人数在 15 人及以下的，符合条件的职工应全部参加。

第四条 本期医疗互助保障期为 1 年。从 2025 年 1 月 1 日起至 2025 年 12 月 31 日止。

第五条 互助金来源

1. 职工个人缴纳；
2. 工会经费资助；
3. 政府（行政）的经费支持；
4. 社会各界捐赠、赞助；
5. 利息收入等。

第六条 参加单位指定专人负责本单位医疗互助的宣传动员、政策咨询、互助金收缴、申请对象资格审核、相关资料整理提交等工作。**禁止个人挂靠参加、在不同地区重复参加医疗互助，一经发现，互助金不予退还并取消医疗互助待遇。**

第七条 医疗互助统一使用湖南省职工医疗互助信息管理系统（<https://zghz.hnszgh.org.cn>，以下简称“医疗互助系统”）进行申报。2024 年已参加医疗互助的单位继续使用原登录账号和密码，新参加单位需携带工会法人资格证书复印件至中心申请系统登陆账号。

第二章 参加申请

第八条 互助金缴费标准

1. 本期职工住院医疗互助项目的缴费标准为 **60 元/人**和 **90 元/人**，参加单位自愿选择其中一种缴费标准。

2. 特殊疾病保障项目的缴费标准为 **10 元/人**，参加特殊疾病保障项目的职工须参加职工住院医疗互助项目。

3. 职工家庭成员住院补助保障项目不另缴费。

第九条 参加医疗互助和互助金缴纳的时间为 **2024 年 12 月 1 日至 2024 年 12 月 31 日**。参加单位需在 2024 年 12 月 31 日之前将互助金交至中心银行账户，并备注参加单位名称、参加项目（户名：湖南省总工会困难职工帮扶中心；开户行：中国工商银行中山路支行；账号：1901001119100103006）。2024 年 12 月 31 日前未缴纳互助金并未办理相关手续的，逾期不再受理。

第十条 参加医疗互助所需材料

1. 参加职工住院医疗互助项目，应按以下顺序提供材料：

（1）《职工住院医疗互助费缴费申请单》（登陆医疗互助系统进行填录，提交打印后加盖工会公章）；

（2）《参加职工医疗互助承诺书》（附件 1）；

（3）2024 年 11 月份或 12 月份的单位医疗保险参保证明（证明在相应的医保办事系统中打印，需体现在职参保人数和医疗部门公章，劳务派遣人员的医疗保险参保证明无需打印）；

（4）参加人基本医疗保险缴纳单位与参加医疗互助单位名称不一致的（包括改制单位、集团分公司、二级机构、劳务派遣派遣公司等），填写《情况说明》（附件 2）并加盖参加单位工会公章。

(5) 中心认为必须提供的其它相关材料。

2. 参加职工特殊疾病保障项目，应按以下顺序提供材料：

(1) 《职工特殊疾病保障缴费申请单》（登陆医疗互助系统进行填录，提交打印后加盖工会公章）；

(2) 中心认为必须提供的其它相关材料。

第三章 补助办法及标准

第十一条 医疗互助补助办法及标准

1. 职工住院医疗互助项目：保障期内，以参加人因住院发生的符合基本医保支付范围内的医疗费用中的个人负担金额（个人账户支付金额+现金支付金额）扣减全自费金额作为补助基数。补助金采取分段计算法，按比例核算累加。

(1) 互助 60 元套餐的补助比例：

5000 元（含 5000 元）以下部分补助 15%；

5001 元—10000 元的部分补助 25%；

10001 元—20000 元的部分补助 35%；

20001 元—30000 元的部分补助 60%；

30000 元以上的部分补助 90%。

保障期内累计补助金额不超过 20 万元。

(2) 互助 90 元套餐的补助比例：

5000 元（含 5000 元）以下部分补助 25%；

5001 元—10000 元的部分补助 35%；

10001 元—20000 元的部分补助 45%;

20001 元—30000 元的部分补助 65%;

30000 元以上的部分补助 95%。

保障期内累计补助金额不超过 50 万元。

一次住院结算对应申请一次职工住院医疗互助补助，保障期内不限申请次数。单次补助金额不足 200 元的，按 200 元补助。

2. 特殊疾病保障项目：特殊疾病保障项目分为男职工特殊疾病保障和女职工特殊疾病保障。

（1）男职工特殊疾病保障病种为确诊的原发性癌症，包括乳腺癌、阴茎癌、睾丸癌、附睾恶性肿瘤、输精管癌、前列腺癌。

（2）女职工特殊疾病保障病种为确诊的原发性癌症，包括乳腺癌、子宫内膜癌、子宫颈癌、卵巢癌、输卵管癌、阴道癌。

保障期内，参加人初次确诊为以上原发性癌症之一的，一次性补助 10000 元，则针对该原发性癌症的保障责任终止，但不影响其他原发性癌症的保障责任。

3. 职工家庭成员住院补助保障项目：保障期内，参加人未加入职工医疗互助的配偶、18 周岁以下（即 2007 年 12 月 31 日以后出生）的未成年子女、无劳动能力的成年子女，因病（意外伤害）在保障期内住院且个人负担医疗费用累计达

20000 元及以上的，给予 3000 元补助金。配偶、子女同时满足条件的，可按人次每人给予 3000 元补助金。

第四章 补助申请及时限

第十二条 补助金申请方式及资料要求

1. 职工住院医疗互助项目：参加单位在医疗互助系统中填写《职工住院医疗补助金申请单》，并上传住院结算单、银行卡图片；未能通过医保数据比对的，需将相关纸质申请资料提交中心审核、存档。

2. 特殊疾病保障项目：

（1）《职工特殊疾病保障补助金申请单》（在医疗互助系统中填写、打印，加盖工会公章）；

（2）医院出具的首次住院结算单、住院发票原件及复印件（原件审核完后退还）、住院的二级以上医疗保险定点医院出具的出院记录、住院病案首页、血液检验结果、病理切片报告及其他科学方法检验报告（超声检查、核磁共振成像、CT 等，原件审核完后退还）；

（3）中心认为必须提供的其它相关材料。

3. 职工家庭成员住院补助保障项目：

（1）《职工家庭成员住院补助保障项目申请单》（在医疗互助系统填写、打印，加盖工会公章）；

（2）职工家庭成员住院结算单、住院发票原件及复印件

(原件审核完后退还);

(3) 家属关系证明;

(4) 中心认为必须提供的其它相关材料。

第十三条 补助金申请时限

1. 职工住院医疗互助项目、特殊疾病保障项目需在住院结算单出具之日起 **180 天** 内申请办理。住院结算单在 2025 年 10 月 3 日之后出具的, 须在 2026 年 3 月 31 日前完成保障项目申请。

2. 职工家庭成员住院补助保障项目须在 2026 年 3 月 31 日前申请办理。

3. **2026 年 3 月 31 日后, 不再受理 2025 年度的保障项目申请。**

参加单位在收到参加人提出的申请后应及时受理并将相关资料提交中心, 中心原则上在 30 个工作日内办理完毕。特殊疾病保障项目以专家集中评审时间为准。

第十四条 参加人跨保障期住院

1. 参加人**未连续参加**职工住院医疗互助项目, 则按照参加年度的住院天数占住院总天数的比例计算补助基数, 再按照参加年度的补助标准计算补助金, 住院当天计入住院天数, 出院当天不计入住院天数。

2. 参加人**连续参加**职工住院医疗互助项目, 按照出院时间所属互助保障期的补助标准计算补助金。

第五章 责任免除及处罚

第十五条 参加单位或参加人采取欺诈手段冒领、超领补助金的，中心有权予以追回，并依法追究相关人员责任。

第十六条 参加单位或参加人未按规定提供申报资料，或发生以下情形之一的，不予补助。

1. 职工住院医疗互助项目不予补助的情形：

（1）因违法犯罪、打架斗殴、吸毒、酗酒、整容矫正等发生的医疗费用；

（2）家庭病床、生育保险、职业病、特殊门诊、特效药。

2. 特殊疾病保障项目不予补助的情形：参加人因吸食或注射毒品感染艾滋病毒导致初次发生原发性癌。

第六章 附 则

第十七条 在保障期内，城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险、大病医疗保险对参加人的责任终止时，医疗互助责任即行终止。参加人调离原参加单位的或已与原单位解除劳动（劳务）关系的，在保障期内仍可通过原参加单位申请办理补助。

第十八条 本办法由中心负责解释。

附件：1. 承诺书

2. 情况说明书

附件 1

承诺书

湖南省总工会困难职工帮扶中心：

为切实维护全体参加人的医疗健康保障权益，我单位严格按《湖南省总工会困难职工帮扶中心 2025 年度职工医疗互助实施办法》要求，对所有提交湖南省总工会困难职工帮扶中心的人员信息进行了审核，所有人员均未挂靠或重复参加其他地区的职工医疗互助，如因参加人不符合职工医疗互助参加条件而造成不能享受补助待遇的，由我单位承担责任。

特此承诺。

承诺单位工会： （盖工会公章）

年 月 日

附件 2

情况说明书

本单位的_____（类型包括改制单位、分公司、二级机构、劳务派遣公司等）_____（具体单位名称）、_____（类型包括改制单位、分公司、二级机构、劳务派遣公司等）_____（具体单位名称）此次通过本单位参加湖南省总工会困难职工帮扶中心本期职工医疗互助，其参加人数分别为_____人、_____人，合计参加人数为_____人，特此说明。

单位工会：_____（盖工会公章）
年 月 日

填写说明：如有不同类型的多个单位在本单位参加本期职工医疗互助，需在情况说明中分别填写清楚每种类型名称和单位名称。