

天津市医疗保障局  
天津市财政局  
天津市民政局文件  
天津市退役军人事务局  
天津市残疾人联合会

津医保局发〔2020〕47号

---

市医保局等五部门关于做好重特大疾病  
医疗救助有关工作的通知

各区医保局、财政局、民政局、退役军人事务局、残联，有关单位：

为切实做好 2019 年度和 2020 年度重特大疾病医疗救助工作，确保救助对象及时享受重特大疾病医疗救助待遇，坚决克服

新冠肺炎疫情影响，决战决胜脱贫攻坚，按照《市医保局等七部门关于进一步做好职能划转后医疗救助有关工作的通知》（津医保发〔2019〕29号）等文件要求，现就有关事项通知如下：

### 一、救助范围

达到重特大疾病医疗救助标准的医疗救助对象和部分享受定期抚恤补助的优抚对象（指享受医疗补助人员）（以下统称“救助对象”）纳入救助范围。

### 二、救助标准

救助对象年度内发生的住院（含门诊特定疾病，下同）医疗费用，经基本医疗保险、大病保险和住院医疗救助等报销后个人承担部分在2万元（含）以上的费用实施重特大疾病医疗救助，救助比例为50%，每年救助1次，救助金额最高10万元。

### 三、救助流程

#### （一）数据提取

市医保局提取2019年度和2020年度救助对象及其符合条件的医疗费用情况。市医保局、市退役军人事务局、市残联按照人员类别和职责分工，将相关信息分别转发区医保局、区退役军人事务局、区残联。

#### （二）情况核查

街道（乡镇）组织救助对象填写《重特大疾病医疗救助申请表》（一式三份），提出初审意见，并按照人员类别和职责分工分别报区医保局、区退役军人事务局、区残联。

### （三）审核汇总

区医保局、区退役军人事务局、区残联对符合救助条件的救助对象，按职责上报市医保局、市退役军人事务局、市残联。对不符合条件的，应书面告知申请人。

### （四）资金发放

市医保局、市退役军人事务局、市残联按职责汇总各区救助情况和救助金额后，分别函送市财政局。市财政局按照函送救助金额下达区财政局，救助对象所需资金分别从市医疗救助资金和优抚对象医疗补助资金列支。区财政局根据区医保局、区退役军人事务局和区残联申请，将资金拨付区医保局、区退役军人事务局和区残联。区医保局、区退役军人事务局和区残联负责组织将救助款项发放给救助对象，对于因特殊原因，未发放到位的资金，按原渠道退回。

救助对象收到救助款项后，需填写《重特大疾病医疗救助金领取确认单》（一式三份），由救助对象本人、区有关部门（指区医保局、区退役军人事务局或区残联）、街道（乡镇）各留存一份。

## 四、工作要求

（一）加强组织领导。各部门要高度重视，将做好重特大疾病医疗救助作为决战决胜脱贫攻坚的重要措施。要切实加强组织领导，安排专门力量做好工作落实，确保救助对象及时享受重特大疾病医疗救助待遇，减轻费用负担，防止因病致贫、因病返贫。

(二) 强化工作调度。各部门要聚焦工作流程和工作任务，加强部门内工作调度，做好与其他部门协同配合。各区民政局负责向区医保局提供低保、低收入和特困供养人员基本数据及享受其他救助等情况，各区医保局指导街道（乡镇）做好享受救助信息录入“救急难”平台。各区街道（乡镇）要加强临时救助、因病支出型医疗救助等已经救助情况核实，避免重复救助。加快推进医保信息系统改造，尽快实现重特大疾病医疗救助“一站式”结算。

(三) 做好宣传引导。各部门要坚持正向引导舆论，积极做好宣传培训，合理引导社会预期。对于群众反映的问题，要及时受理、及时分析，确属合理诉求的，要及时协调相关部门予以解决，为救助对象纾难解困，确保救助对象及时享受到惠民政策。

本通知自印发之日起执行，有效期 2 年。此前规定与本通知不符的按照本通知执行，本通知未涉及内容，按照我市原重特大疾病医疗救助有关规定执行。

附件：1. 重特大疾病医疗救助申请表

2. 重特大疾病医疗救助金领取确认单



市退役军人事务局



(此件主动公开)

市残疾人联合会



2020年5月28日

## 附件 1

## 重特大疾病医疗救助申请表

申请人姓名		性别		民族	
出生日期	年 月 日		申请人身份	<input type="checkbox"/> 优抚 <input type="checkbox"/> 低保特困低收入 <input type="checkbox"/> 重度残疾人 <input type="checkbox"/> 其他	
工作单位			参保类型	<input type="checkbox"/> 居民医保 <input type="checkbox"/> 职工医保 <input type="checkbox"/> 未参保	
身份证号码			社会保障卡号		
医疗费用发生金额			个人支付费用		
户籍地址					
家庭住址					
是否接受过其他救助及救助金额					
联系人			联系电话		
主要情况 (可另附材料)	本人保证以上所有提供的信息资料真实可靠，如有虚假自愿承担由此造成的一切后果。  <div style="text-align: right;">           申请人签字：_____ 日期：_____         </div>				
街道办事处（乡镇人民政府）意见			区医保局或退役军人事务局、残联意见		
负责人签字：_____ 日期：_____			负责人签字：_____ 日期：_____		

## 填表说明：

1. 申请人身份：在本人所属身份类别前面画√
2. 参保类型：在所参保类型前面画√
3. 如有工作单位，应填写
4. 参保人员如无社会保障卡，请填写医疗保险卡号码
5. 申请人应在主要情况处认真填写伤病、就医、发生医疗费用、费用报销、家庭困难情况等
6. 本表由一式两份，分别由街道（乡镇）、区医保局（或残联、退役军人事务局）留存。

## 附件 2

## 重特大疾病医疗救助金领取确认单

年 月 日

姓名		性别		出生日期	年 月 日
身份证号码			社会保障卡号		
身份类别	<input type="checkbox"/> 低保特困低收入 <input type="checkbox"/> 优抚 <input type="checkbox"/> 重度残疾人 <input type="checkbox"/> 其他		参保类型	<input type="checkbox"/> 居民医保 <input type="checkbox"/> 职工医保 <input type="checkbox"/> 未参保	
家庭住址					
救助金额		人民币（大写）		发放方式	<input type="checkbox"/> 社发 <input type="checkbox"/> 现金
开户银行			开户账号		
经办人签字	本人签字				
	代领人签字（身份证号）				
未发放原因					

本表一式三份，分别由救助对象本人、街道（乡镇）、区医保局（或残联、退役军人事务局）留存。

---

抄送：市医疗保障基金管理中心，市医疗保障基金结算中心

---

天津市医疗保障局办公室

2020年5月28日印发

---