芮城县医疗保障局

芮医保函〔2026〕17号

芮城县低收入救助对象医疗救助经办指南

一、业务办理部门

主管单位：芮城县医疗保障局

经办机构：芮城县医疗保险服务中心

二、低收入救助对象身份认定部门

根据省民政厅等15部门联合下发的《关于印发<关于加强低收入人口动态监测做好分层分类社会救助工作的实施方案>的通知》（晋民规发〔2024〕1号）规定：合理确定低收入人口范围。低收入人口包括最低生活保障对象、特困人员、防止返贫监测对象、最低生活保障边缘家庭成员、刚性支出困难家庭（刚性支出较大导致基本生活出现严重困难的家庭）成员，以及其他困难人员。

最低生活保障对象、特困人员、最低生活保障边缘家庭成员、刚性支出困难家庭成员以及其他困难人员由民政部门进行认定。

三、申请准入条件

1.户籍在芮城县，参加本县城乡居民医保或职工医保；

2.经民政部门认定为低收入救助对象；

3.合规个人自付费用达到年度起付标准。

四、申请必备材料

1.《芮城县低收入救助对象医疗救助申请审批表》；

2.患者本人身份证复印件、社保卡或银行卡复印件；

3.住院结算单原件。

五、办理流程

1.申请受理：符合申请准入条件的救助对象，到芮城县人民之家医保窗口或各乡镇便民服务中心医保窗口领取《芮城县低收入救助对象医疗救助申请审批表》并如实填写。

2.部门审批：由民政部门对申请救助对象身份进行认定，认定完成后将认定信息推送至县医保局。

3.医保审核：县医保局医保经办机构核对医保结算票据、费用清单，核算救助金额。

4.办理时限：材料齐全，自受理之日起20个工作日内办结。

六、不予救助情形

1.打架斗殴、酒驾、第三方责任（交通事故、工伤第三方赔付）、美容整形、保健类治疗等；

2.票据丢失、无法提供医保结算凭证；

3.家庭财产超标，不符合低收入救助对象认定标准。

本经办指南自2026年7月1日起执行。

附件：芮城县低收入救助对象医疗救助申请审批表

芮城县医疗保障局

2026年7月1日

（此件主动公开）

附件

芮城县低收入救助对象医疗救助申请审批表

_____乡(镇)_____村(居)委会

<table>
<tr><td>姓名</td><td></td><td>性别</td><td></td><td>年龄</td><td></td><td>联系电话</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>身份证号码</td><td colspan="2"></td><td>家庭住址</td><td colspan="3"></td><td>住院年度</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="5">家庭主要成员基本情况</td><td>姓名</td><td colspan="2">与患者关系</td><td>年龄</td><td colspan="3">身份证号码</td><td colspan="2">工作单位</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td></td><td colspan="3"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td></td><td colspan="3"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td></td><td colspan="3"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td></td><td colspan="3"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>各项商业保险及社会互助帮困情况</td><td>商业保险报销金额</td><td>元</td><td>社会互助金额</td><td>元</td><td>慈善机构捐赠资助</td><td>元</td><td>其他</td><td>元</td></tr>
<tr><td>申请救助理由</td><td colspan="8">申请人签字：
年　　月　　日</td></tr>
</table>

个人承诺	本人承诺提供的报销材料、填报的医疗费用、商业保险报销以及社会互助、团体帮困、捐赠资助等情况完全真实有效，不存在伪造、欺诈、隐瞒等情形。若被查实或被举报有假，愿退回医疗救助资金，并按照《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》规定承担相应的法律责任。 （以上内容我已完全明白，如若不实，本人愿意承担相应的责任） 承诺人签字（手印）： 年　　月　　日
民政部门 低收入救助对象 身份认定意见	经乡（镇）民政审核，县民政局审批， 认定其家庭为_____ 负责人签字： 单位(盖章)　　年　　月　　日
医疗保障局 救助结果	医疗救助_____元、倾斜救助_____元，总救助_____元，大写(_____万_____仟_____佰_____拾_____元_____角____分)。 承办人签字： 年　　月　　日