

# 孝义市民政局

# 孝义市医疗保障局

孝民函〔2023〕29号

## 关于明确因病致贫重病患者认定办理流程的 通知

各乡镇、街道：

为做好因病致贫重病患者认定工作，根据省民政厅、省财政厅、省医疗保障局《因病致贫重病患者认定办法（试行）》（晋民规发〔2023〕5号）文件精神，结合我市实际，特印发本通知。

### 一、认定条件

因病致贫重病患者，是指不符合低保、特困供养或者低保边缘家庭条件，但因高额医疗费用支出导致家庭基本生活出现严重困难的大病患者，应同时满足以下条件：

（一）患者本人具有我省户籍；

(二) 在孝义市参加城乡居民基本医疗保险或城镇职工基本医疗保险;

(三) 在定点医疗机构发生的政策范围内住院费用, 经基本医保、大病保险和各类补充医疗保险、商业保险报销后, 扣除社会互助帮困等因素, 政策范围内个人负担医疗费用要达到年度救助起付标准, 即全省上年居民人均可支配收入的 25% (2022 年全省居民人均可支配收入为 29178 元);

(四) 在扣除个人自负医疗费用后, 共同生活的家庭成员人均收入低于我市当年城乡低保标准的 2 倍。

**个人自负医疗费用:** 在提出申请前 12 个月, 在定点医药机构就医发生的门诊慢特病、门诊特药和住院费用, 经基本医保、大病保险和各类补充医疗保险、商业保险报销后, 个人自负医疗费用的总和。

**共同生活的家庭成员:** 配偶, 未成年子女, 已成年但未能独立生活的子女, 包括在校接受全日制本科及以下学历教育的子女, 其他具有法定赡养、抚养、扶养义务关系并长期共同居住的人员。

**家庭收入:** 是指共同生活的家庭成员在申请前 12 个月的全部现金及实物收入。

**城乡低保标准:** 2023 年我市城市低保标准为每人 795 元/月, 农村低保标准为每人 657 元/月。

(五) 申请人家庭拥有的金融资产总额人均不超过 36 个月我市当年最低生活保障标准之和。其他家庭财产参照我市最低生活保障对象家庭财产认定标准。

## 二、认定程序

(一) 因病致贫患者本人或者其委托代理人向乡镇人民政府(街道办事处)申请: 申请人户籍地(经常居住地)与参保地一致的, 向户籍地或者经常居住地乡镇人民政府(街道办事处)提出书面申请; 申请人户籍地(经常居住地)与参保地不一致的, 向参保地乡镇人民政府(街道办事处)提出书面申请。乡镇人民政府(街道办事处)、村(居)民委员会在日常工作中发现可能符合条件的因病致贫重病患者, 应当告知其医疗救助政策, 对因无民事行为能力或者限制民事行为能力等原因无法提出申请的, 应当主动帮助其申请。

(二) 乡镇人民政府(街道办事处)对申请人提交的材料进行审查, 材料齐备的, 予以受理; 材料不齐备的, 一次性告知申请人补齐所有规定材料。可以通过国家或地方政务服务平台查询获取的相关材料, 不再要求重复提交。

(三) 乡镇人民政府(街道办事处)自受理申请之日起 3 个工作日内, 启动家庭经济状况调查工作, 对申请人家庭经济状况、罹患重特大疾病情况、医疗费用支出、医疗保险支付情况等进行调查核实, 详细核查申请材料的真实性和完整性, 并提请开展家庭经济状况信息核对。

(四) 乡镇人民政府(街道办事处)根据家庭经济状况调查核实情况,提出初审意见,并在申请人所在的村(社区)公示,公示期为7天。公示期满无异议的,乡镇人民政府(街道办事处)及时将初审意见等相关资料报送市民政局;公示期间有异议的,乡镇人民政府(街道办事处)按程序重新组织调查核实,提出复核意见并重新公示。

(五) 市民政局收到乡镇人民政府(街道办事处)上报的材料和初审意见后,审查申请人家庭人口、收入、财产和个人因病自负医疗费用等情况,在5个工作日内提出审核意见。对符合条件的,及时予以确认,通过乡镇人民政府告知申请人或其委托代理人及时到市医疗保障局办理,并同步将相关信息推送市医疗保障局;对不符合条件的,在3个工作日内通过乡镇人民政府(街道办事处)告知申请人或者其委托代理人。

(六) 市医疗保障局收到市民政局推送的信息后,针对申请人符合规定的当年住院医疗费用按规定比例及时完成医疗救助结算支付。

### 三、应提供的材料

1. 申请人书面申请(村<社区>、乡镇<街道>盖章);
2. 患者本人及其共同生活家庭成员的户口簿、身份证复印件,在经常居住地申请的还需提供居住证;
3. 申请前12个月共同生活家庭成员稳定收入证明,如需计算赡养费收入的,参照低保核算收入应提供的证明资料;

4.居民家庭经济状况（跨区域）核对授权书；救助申请家庭经济状况核对报告；

5.填写《因病致贫重病患者申请审核确认表》《入户调查表》，并承诺所填信息真实、完整；

6.患者本人本年度住院原始发票及费用结算单、门诊慢性病和门诊特药收费票据；

7.其他应提供的资料。

#### 四、终止确认程序情形

一是共同生活的家庭成员无正当理由拒不配合审核认定工作的；二是故意隐瞒家庭真实收入、财产和因病支出等情况，或者提供虚假材料的；三是民政、医保部门规定的其他终止确认情形的。

#### 五、认定及救助时限

因病致贫重病患者认定当次有效，认定工作应当自受理之日起30个工作日之内完成；特殊情况下，经市民政局主要领导批准可以延长至45个工作日。

救助对象当年发生的住院医疗费用计入当年度救助范围；跨年度住院的，医疗费用连续累计计算，享受出院日期当年度救助待遇。救助申请人或申请代理人应在出院起及时申请办理，原则上不得超过出院次年3月底。

未尽事宜由市民政局、市医疗保障局协商解决，业务咨询电话：

孝义市民政局：0358-7635905

孝义市医疗保障局：0358-7860226

附件：

- 1.因病致贫重病患者申请审核确认表
- 2.因病致贫重病患者认定审核公示
- 3.因病致贫重病患者认定确认通知书
- 4.不予确认因病致贫重病患者通知书
- 5.入户调查表
- 6.居民家庭经济状况（跨区域）核对授权书
- 7.因病致贫重病患者审核确认花名表



（此件主动公开）

---

孝义市民政局办公室

2023年7月15日印发

---

附件1

## 因病致贫重病患者申请审核确认表

申请人姓名		性别		民族		居民身份证号码	
户籍地						联系电话	
居住地							
参保地							
共同生活家庭成员情况	姓名	与申请人关系	健康状况	就业(上学)状况		居民身份证号码	
非共同生活赡抚养人情况	姓名	与申请人关系	健康状况	就业状况	年赡抚养费	居民身份证号码	
家庭收入情况	工资性收入(元/年)	经营净收入(元/年)	财产净收入(元/年)	转移净收入(元/年)	家庭总收入(元/年)	近12个月个人自负医疗费用总和	
						自负总费用_____，其中：住院自负费用_____，门诊慢特病自负费用_____，门诊特药自负费用_____。	
核算情况	扣除个人自负医疗费用之后共同生活家庭成员人均收入_____元/人·年						
	当年度政策范围内个人负担住院费用_____元。						
家庭财产状况	动产	存款：_____，证券：_____基金：_____ 商业保险：_____理财：_____债权：_____， 市场主体：_____机动车辆：_____其他：_____				是否超标	是 口 否 口
	不动产	房产：_____套（自建□商品房□），门面房：_____套， 其他：_____					

<p>个人承诺</p>	<p>本人申请认定因病致贫重病患者，授权、委托相关核对机构对包括但不限于本人的收入、财产、因病支出、医保支付等信息进行核对，承诺所提供的全部信息真实、完整、准确，愿意接受有关部门调查，并自愿承担相应法律责任。</p> <p style="text-align: right;">申请人签字： 年 月 日</p>		
<p>入户调查意见</p>	<p style="text-align: right;">调查人员签字： 年 月 日</p>		
<p>乡镇街道初审意见</p>	<p>经调查、审核、公示无异议，拟同意村_____（社区）_____认定为因病致贫重病患者，报民政局审批。</p> <p style="text-align: right;">盖 章 年 月 日</p>		
	<p>经办人</p>		<p>负责人</p>
<p>民政部门意见</p>	<p>经审查，同意_____乡镇(街道)关于_____村(社区)_____认定为因病致贫重病患者的审核意见。</p> <p style="text-align: right;">盖 章 年 月 日</p>		



附件2

## 因病致贫重病患者认定审核公示

经调查审核，拟认定\_\_\_\_\_村(社区)下列人员为因病致贫重病患者，现予公示(公示期为7天)，接受社会监督。如有异议，请提供事实依据，向乡镇(街道)反映。

公示时间：\_\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日至\_\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日

乡镇(街道)举报电话：\_\_\_\_\_

乡镇(街道)人民政府(盖章)

年 月 日

序号	姓名	所在村(社区)	备注

附件3

## 因病致贫重病患者认定确认通知书

( \_\_\_\_\_ 年第 \_\_\_\_\_ 号)

\_\_\_\_\_ 乡镇(街道):

依据我省《因病致贫重病患者认定办法(试行)》相关规定，经审核，你乡镇(街道)于\_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日提交的\_\_\_\_\_等\_\_\_\_\_名因病致贫重病患者认定申请符合政策规定，可以认定为因病致贫重病患者，请按规定告知申请人或其委托代理人。

\_\_\_\_\_ 民政局(盖章)

年 月 日

序号	姓名	所在村(社区)	备注

附件4

## 不予确认因病致贫重病患者通知书

(\_\_\_\_\_年第\_\_\_\_号)

\_\_\_\_\_乡镇(街道):

依据我省《因病致贫重病患者认定办法(试行)》相关规定,经审核,你乡镇(街道)于\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日提交的\_\_\_\_等\_\_\_\_名因病致贫重病患者认定申请不符合政策规定,不予确认因病致贫重病患者,请按规定告知申请人或其委托代理人。

\_\_\_\_\_民政局(盖章)

年 月 日

序号	姓名	所在村(社区)	不予确认的原因

# 入户调查表（工作人员填写）

\_\_\_\_\_乡镇（街道）\_\_\_\_\_村（居）委                      调查时间：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

申请人姓名		共同生活人口数		户籍类别		城市 <input type="checkbox"/>	农村 <input type="checkbox"/>	
户籍地址				居住地			参保地	
共同生活家庭成员基本情况信息								
姓名	与申请人关系	性别	身份证号码	户籍性质	婚姻状况	健康状况	职业状况	月收入
	本人							
家庭收入测算								
本年度个人自负费用	本年度内个人医疗自负总费用 _____ 元，其中住院费用自负 _____ 元，门诊慢特病个人自负 _____ 元，门诊特药个人自负 _____ 元。							
核算情况	扣除个人自负医疗费用后，共同生活家庭成员月人均收入 _____ 元/年。							
2023年度政策范围内个人自负住院费用	住院次数	住院地	住院合规总费用	基本医保统筹报销	大病保险报销	其他补充保险、商业保险报销及社会互助帮困资助	政策范围内个人自负费用	
元								
是否与申请材料一致：是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 说明情况：								
入户调查人员签字（两人以上）：								
以上入户调查填写情况属实								
被调查家庭成员代表签字：								

# 非共同生活法定赡（抚、扶）养义务人信息

赡（抚、扶） 养义务人 家庭	与申请 人关系	姓名	身份证号码	婚姻 状况	健康状况 （患病病 种或残疾 类别及等 级）	职业 状况	月收入	家庭 人口	应付赡 （抚、扶） 养费
家庭1									
计算 过程									
家庭2									
计算 过程									
家庭3									
计算 过程									
家庭4									
计算 过程									
家庭5									
计算 过程									

## 孝义市居民家庭经济状况（跨区域）核对授权书

为申请\_\_\_\_\_救助项目，本人及家庭成员现就有关事项作出如下授权、承诺：

一、\_\_\_\_\_具有完全民事行为能力，是我们全家共同推荐的申请人和家庭经济状况核对具体申报经办人，其申请和经办行为代表全家的意愿。

二、本人及家庭成员已了解并愿意遵守山西省社会救助和核对等有关政策规定，所提供的材料全部真实有效，所申报的家庭收入和财产全部真实完整，如有虚假或瞒报，愿意接受相关部门按照有关规定给予的处罚。

三、本人及家庭成员同意授权县级以上民政部门核对工作机构对本家庭成员的收入和财产等信息进行核对，包括但不限于到公安、人社、住建、国土、交通、教育、卫计、工商、税务、公积金等相关部门，以及银行、证券、保险等金融机构进行核对。并自愿接受、配合基层工作人员按规定进行入户调查、民主评议等工作。

四、本人及家庭成员同意对涉及跨设区的市的家庭成员收入和财产情况通过省级核对机构及其指定的核对机构进行跨区域核对。

五、本授权书自签署之日起生效。如经核对不符合要求，则授权终止；如经核对符合要求，则授权在享受社会

救助期间内有效。家庭成员发生变化或再次申请，需重新签署授权书。

六、本授权书一式三份，一份由家庭保管，一份作为申报资料，一份作为经济状况核对机构核对依据并存档。

### 家庭成员签名、身份证号码和摁指模印

同意核对签名	与户主关系	身份证号码	指模印
	户主		

注：无民事行为能力或限制民事行为能力的家庭成员由其法定监护人代签并摁指模印

基层经办人签字：

日期： 年 月 日

