

常州纺织服装职业技术学院文件

常纺院后字〔2020〕6号

教职工子女统筹医疗费管理办法

(2009年3月制定，2020年12月第一次修订)

为做好我校教职工子女的医疗保障和管理工作，减轻教职工因子女疾病所带来的经济负担，完善多层次医疗保障体系。根据《常州市市区行政事业单位职工子女统筹医疗费管理办法》（常政发〔2011〕170号）和常州市市本级城乡居民基本医疗保险相关政策，结合我校实际，制定本办法。

第一条 享受对象

本校教职工（包括事业编、人事代理）的子女，自出生（除新生儿住院期间）至大专段以下（不含大专）在校学生以及其他

未满 18 周岁的不在校少儿。

第二条 管理原则

(一) 在乡级以上医院就诊，医疗费用自费结算、门诊统筹，父母双方单位和个人共同负担。

(二) 子女住院保险由学校职能部门统一向保险机构办理。

(三) 子女医疗费门诊统筹在对方单位的，由对方单位办理住院保险。

第三条 费用开支范围

(一) 用于支付参与统筹的教职工子女因病门诊、急诊的药品材料费、检测费、危急病人的抢救费，具体支付范围和标准参照《常州市医保药品目录和医疗服务项目》。

(二) 用于教职工子女住院医疗保险的投保费。

第四条 结算年度

每年 7 月 1 日至次年 6 月 30 日为一个结算年度，学校在新结算年度开始后向在我校统筹的对方单位或教职工本人收取医疗统筹费用及清算超定额费用。

第五条 费用管理

(一) 医疗费用额度标准：教职工子女医疗费定额为每人每年 580 元，由父母双方单位各负担 290 元。

1. 门诊费用：

(1) 参加我校统筹的子女门诊费用为医疗费定额减去住院医疗保险投保费。

(2) 不参加我校统筹的子女门诊费不缴纳，统筹到对方单位的子女统筹费到对方单位缴纳。

2. 住院医疗保险投保费：以学校实际招标价格为准。

注：以上医疗费用额度标准为 2019 年标准，具体金额根据常州市财政局文件调整额度标准。

(二) 门诊医疗费使用方法：保健站建立个人医疗费账户，享受对象使用，年度结余款结转下年度使用，超出部分按规定报销，年满 18 周岁后个人账户按比例奖励。

1. 参加我校统筹的子女：年度门诊医疗费用范围内全额报销；超出部分，独生子女家庭自负 10%，非独生子女家庭自负 15%，其余部分由学校垫付的 50%垫付款于结算年度终结向对方单位统筹结算。

2. 参加对方单位统筹的子女：结算年度初，我校报销年度统筹医疗费 290 元；结算年度终结，我校报销 50%年度门诊医疗费用超出部分。

3. 享受对象年满 18 周岁后退出时个人账户有累计结余的，50%结余经费发给个人作为奖励，50%转入学校统筹医疗基金。

(具体见附件：门诊医疗费报销说明表)

(三) 教职工子女住院医疗保险：统一向保险机构办理投保手续，住院期间发生的医疗费用，先由教职工自费垫付，出院后将完整住院材料送保健站审核。

(四) 门诊医疗费报销事宜：

1. 报销所需材料：乡级以上医院的病历，检查报告、医疗费收据原件和药品费用清单。

2. 报销流程：教职工每月 10 日至 20 日将完整报销材料送保健站初审登记，保健站每月 21 日至 25 日审核后送财务处，财务处审核后将报销款转入教职工个人银行卡。

3. 医药费报销期限：原则上当年发票当年报销，四季度的发票报销可延期至次年 3 月 31 日。参加统筹的教职工须在子女医药费统筹结算年度终结后的 3 个月内（9 月 30 日前），到保健站办理上年度的子女统筹医药费报销手续，过期不办理者视为自动放弃。

第六条 挂靠办法

（一）夫妻一方在机关单位，另一方在事业单位的，由机关单位负责医疗费用管理。

（二）夫妻一方在机关事业单位，另一方在企业单位的，由我校负责医疗费用管理。

（三）夫妻一方在机关事业单位，另一方属市区以外单位，或无单位的，可选择由我校负责医疗费用管理，并向上述一方收取子女统筹医疗费；

（四）夫妻离异，由离异后抚养子女的一方（不含承担部分生活费的一方）负责医药费管理。

（五）夫妻一方在我校工作，另一方在部队的，由我校管理并均由我校报销。

(六) 单亲（丧父或丧母）、烈士子女，由我校管理并均由我校报销。

(七) 非独生子女家庭所有子女的医疗费统筹必须挂靠在一方单位。

(八) 参保单位有变动的职工需每年 5 月份到保健站等相关职能部门登记变动信息，未登记的职工按上年有关信息自动顺延参保。

第七条 本办法由后勤保障部负责解释。

第八条 本办法自 2021 年 7 月 1 日起施行，原《常州纺院教职工子女医疗费管理办法》（常纺院内字〔2009〕7 号）同时废止。

附件：门诊医疗费报销说明表

常州纺织服装职业技术学院

2020 年 12 月 28 日



发

附件

门诊医疗费报销说明表

职工	统筹	门诊 费用	报销金额	缴费 金额	报销 票据	备注
单 职 工	参加 我校 统筹	$\leq$ (医疗费定额-住院 医疗保险投保费)	实报实销	医 疗 费 定 额 的 一 半	全 年	1.其中10%(独 生子女)或15% (非独生子女) 自付; 2.90%(独生子 女)或85%(非 独生子女)中的 一半由学校报 销;余下的一半 年度截止后到财 务缴费,凭发票 到对方单位报 销。
		$\geq$ (医疗费定额-住院 医疗保险投保费)	独生子女报销= (医疗费定额- 住院医疗保险投保费) +[全年门 诊费用- (医疗费定额-住院医 疗保险投保费)]x90% 非独生子女报销= (医疗费定额 -住院医疗保险投保费) +[全年 门诊费用- (医疗费定额-住院医 疗保险投保费)]x85%			
	参加 对方 单位 统筹	报销对方单位年度缴费金额及超支金额的一半 (自付金额除外)		不 缴 费	—	对方单位财务票 据:年度统筹费、 超支款发票。
双 职 工	自动 参加 我校 统筹	$\leq$ (医疗费定额-住院 医疗保险投保费)	实报实销	不 缴 费	全 年	—
		$\geq$ (医疗费定额-住院 医疗保险投保费)	独生子女报销= (医疗费定额- 住院医疗保险投保费) +[全年门 诊费用- (医疗费定额-住院医 疗保险投保费)]x90% 非独生子女报销= (医疗费定额 -住院医疗保险投保费) +[全年 门诊费用- (医疗费定额-住院医 疗保险投保费)]x85%			

