

# 城乡居民基本医疗保险

## (其他城乡居民分册)

### 第一章 参保缴费

#### 一、其他城乡居民医保的参保对象有哪些？

城乡居民医保的参保对象包括少儿、大学生和其他城乡居民。其中，其他城乡居民医保的参保对象为市区户籍，18周岁以上，未参加市区职工医保或异地基本医疗保险的人员（以下统称其他城乡居民）。（注：本宣传资料不涉及少儿和大学生，相关宣传资料另行刊印）。

#### 二、如何办理参保手续？

其他城乡居民应当在符合参保条件的3个月内，持本人身份证、户口簿（原件和复印件）和一寸近照一张，至市区街道、乡（镇）社会保险服务机构或各级医保经办机构办理参保缴费手续，同时领取《杭州市基本医疗保险证历本》（以下简称《证历本》）；也可在上述地点办理

参保资格审核手续，领取《证历本》后，携带本人的有效身份证件原件与扣缴账户于当月27日前至本市指定银行营业网点办理城乡医保费委托扣缴手续，并自缴费的次月起享受缴费所属结算年度剩余月份的医保待遇。

表1 各级医保经办机构地址

窗口名称	办公地址	办公时间
杭州市市民之家L楼社保医保综合窗口	钱江新城新业路311号	周一至周日（法定节假日外）上午9:00-12:00，下午14:00-17:00（冬令时13:30-17:00）
杭州市医疗保险服务大厅	建国北路799号	法定工作日上午8:30-12:00，下午13:30-17:00

<p>杭州市医疗保险事务受理中心</p>	<p>西湖大道 149号二楼</p>	<p>法定工作日上午8:30-12:00, 下午13:30-17:00</p>
<p>杭州市医疗保险事务受理中心城北服务大厅</p>	<p>上塘路599号12-23</p>	<p>法定工作日上午8:30-12:00, 下午13:30-17:00</p>
<p>杭州市上城区行政服务中心 社保医保综合窗口</p>	<p>鲲鹏路366号</p>	<p>周一至周日(法定节假日外)上午9:00-12:00, 下午14:00-17:00(冬令时下午13:30-17:00)</p>

杭州市下城区 市民之家医保 服务窗口	东新街道白 石巷256号 三楼	周一至周五（法定节假 日外）上午9： 00-12:00，下午 13:30-17:00
	白石巷318 号二楼	限双休日上午9： 00-12:00，下午 13:30-17:00
杭州市江干区 市民之家社保 医保综合窗口	凤起东路 888号（即 运河东路 200号）	周一至周日（法定节假 日外）上午 9:00-12:00，下午 13:30-17:00
杭州市江干区 医疗保险服务 大厅	景昙路广景 弄6号	法定工作日上午8： 30-12:00，下午 14:30-17:30（冬令时 下午14:00-17:00）

杭州市拱墅区 行政服务中心 人社综合窗口	绍兴路555 号	周一至周日（法定节假 日外）上午9： 00-12:00，下午 14:00-17:00（冬令时 下午13:30-17:00）
杭州市西湖区 市民之家社保 医保综合窗口	竞舟路228 号	周一至周日（法定节假 日外）上午9： 00-12:00，下午 14:00-17:00
杭州高新区 （滨江）市民 之家社保医保 进件窗口	泰安路200 号	周一至周日（法定节假 日外）上午9： 00-12:00，下午 14:00-17:00（冬令时 下午13:30-17:00）

<p>杭州经济技术开发区钱塘新区行政审批局 社保审批窗口</p>	<p>幸福南路 1116号和茂大厦一楼D区</p>	<p>周一至周日（法定节假日外）上午9:00-12:00，下午13:30-17:00（冬令时下午13:30-17:00）</p>
<p>杭州大江东办事服务中心 社保医保综合窗口</p>	<p>江东大道 3899号一楼西区</p>	<p>周一至周日（法定节假日外）上午9:00-11:30，下午13:30-17:00</p>
<p>萧山区社会保障管理中心 办事大厅</p>	<p>萧山区萧然南路373号</p>	<p>法定工作日上午8:30-11:45，下午14:00-17:45（冬令时下午13:30-17:15）</p>

<p>萧山区行政服务中心一楼B区社保窗口</p>	<p>萧山区市心中路1069号</p>	<p>周一至周日（法定节假日外）上午8:30-11:45，下午13:30-17:15（冬令时下午13:00-16:45）</p>
<p>萧山区办事服务中心临浦分中心</p>	<p>萧山区临浦镇元宝山路1号</p>	<p>法定工作日上午8:30-11:30，下午13:30-17:00（冬令时上午8:30-11:30，下午13:00-16:30）</p>

萧山区办事服务中心瓜沥分中心	萧山区瓜沥镇政通路100号	法定工作日上午8:30-11:45, 下午13:30-16:45 (冬令时上午8:30-11:30, 下午13:00-16:15)
余杭区市民之家	临平南大街265号	周一至周日 (法定节假日外) 上午8:30-12:00, 下午13:30-17:00 (冬令时下午13:00-16:30)

富阳区医保综合窗口	鹿山街道江连街27号A座1楼A27-A30	法定工作日上午8:30-11:30，下午13:30-16:30；双休日（法定节假日外）上午8:30-11:30，下午13:00-16:30
-----------	-----------------------	---

### 三、如何办理续保手续？

其他城乡居民参保后，应在每年的10月至12月，持本人中华人民共和国社会保障卡（含市民卡，以下简称社保卡）或身份证、《证历本》至市区街道、乡（镇）社会保险服务机构或各级医保经办机构办理下一结算年度的续保缴费手续，也可在办理参保资格确认手续后携带本人的有效身份证件原件与扣缴账户至本市指定银行营业网点办理城乡居民医保费委托扣缴手续。参（续）保的具体起止时间以当年通告为准。

办理银行委托扣缴后，参保人员应及时将资

金足额存入委托扣缴账户中，并保留一定余额，以确保扣款成功。在未撤销委托扣缴业务前，每年的城乡居民医保费均在指定的扣缴账户中扣款。

城乡居民符合续保条件的，可登录“支付宝”搜索“杭州人力社保”，点击“办社保”，选择“城乡居民缴费”进行自助缴费。

#### **四、何为中断参保？中断参保后有何规定？**

符合参保条件的参保人员，未在规定时间内办理参（续）保缴费手续的，视为中断参保。

中断参保后，经本人申请，可补办当年度参（续）保缴费手续，并在缴费后满6个月方可享受当年度剩余月份的城乡居民医保待遇。在参（续）保期内办理下一结算年度缴费手续的，可享受缴费所属结算年度的医保待遇。

#### **五、参保期间个人基本信息发生变化如何处理？**

参保期间，其他城乡居民基本信息发生变更

的，应及时持变更后的证件原件和复印件至市或区社保经办机构办理变更手续。其中，姓名、身份证号码发生变更且已经办理银行委托扣款的参保人员，请先至银行进行退签，再至市或区社保经办机构修改个人信息，方可至银行重新办理委托，否则将无法委托银行扣款。

## 六、缴费标准有何规定？

城乡居民医保费按以下标准缴纳，按规定划入城乡居民医保统筹基金、大病保险基金和医疗困难救助资金。同一结算年度内城乡居民医保费缴费标准不变，市政府可根据城乡居民医保基金运行情况适时调整。具体按以下标准筹集：

（一）其他城乡居民医保一档医保费为每人每年1800元，其中个人缴纳600元，其余部分由政府补贴。

（二）其他城乡居民医保二档医保费为每人每年1200元，其中个人缴纳400元，其余部分由

政府补贴。

两档的住院和规定病种门诊待遇相同但普通门诊（含急诊，下同）医保待遇有所不同，参保人员可自由选择。

符合其他城乡居民参保规定的收养人员，统一参加其他城乡居民医保一档。

### 七、哪些人员可免缴医疗保险费？

《最低生活保障边缘家庭证》持有者其个人应缴纳的城乡居民医保费由政府补贴一半，持有效期内杭州市《特困人员救助供养证》、《最低生活保障家庭证》、《残疾人基本生活保障证》、二级及以上《中华人民共和国残疾人证》的人员和重点优抚对象由政府全额补贴。上述人员可持本人身份证、户口簿、相关证件（或证明）的原件和复印件，到市区街道、乡（镇）社会保险服务机构或各级医保经办机构办理免缴手续。

收养人员由集中管理的单位统一到医保经办

机构申报办理，保费由政府全额补助。

## 第二章 医疗待遇

八、其他城乡居民的医保待遇结算期有何规定？

每年1月1日至12月31日为其他城乡居民的医保待遇结算年度。

九、普通门诊医疗费个人负担有何规定？

在一个结算年度内，参保人员发生的符合医保开支范围的普通门诊医疗费按以下规定结算：

（一）先由个人承担一个门诊起付标准的医疗费用，具体为300元。

（二）超过门诊起付标准以上部分医疗费，由统筹基金和个人共同承担，统筹基金承担的比例为：

1. 其他城乡居民一档参保人员：三级医疗

机构为40%，其他医疗机构（含二级医疗机构，下同）为60%，社区卫生服务机构为70%。

2. 其他城乡居民二档参保人员：三级医疗机构为30%，其他医疗机构为50%，社区卫生服务机构为60%。

（三）选择全科医生签约服务的其他城乡居民参保人员，其在签约的社区卫生服务机构门诊就医的，统筹基金承担比例在本条（二）规定的基础上提高3个百分点。

参保的其他城乡居民在签约的社区卫生服务机构首诊，或经签约的社区卫生服务机构转诊至其他的医疗机构继续治疗的，门诊医保起付标准减免300元。

在一个结算年度内，参保人员发生的符合基本医疗保险开支范围的普通门诊医疗费，基金承担比例见表2：

表2 其他城乡居民普通门（急）诊医疗费  
统筹基金承担比例表

分类 医疗机构	门诊 起付 标准	基金承担比例	
		按1800元筹资 标准缴纳	按1200元筹资 标准缴纳
三级	300元	40%	30%
其他		60%	50%
社区		70%	60%

注：在定点零售药店购药和急救车内发生的符合医保开支范围的医疗费用，基金承担的比例按其他医疗机构普通门诊的标准执行。

## 十、住院和规定病种门诊医疗费结算有何规定？

在一个结算年度内，参保人员发生的符合医保开支范围的住院和规定病种门诊医疗费按以下规定结算：

(一) 其他城乡居民医保由统筹基金参与支付的住院最高医疗费限额（以出院日期为准累计计算，以下简称住院最高限额）为25万元。

(二) 由个人承担一个住院起付标准，两次及以上住院的，起付标准按其中最高等级医疗机构标准计算。具体为：三级医疗机构800元，其他医疗机构500元，社区卫生服务机构300元。

(三) 住院起付标准以上最高限额以下部分医疗费，由统筹基金和个人共同承担。统筹基金承担的比例为：三级医疗机构为70%，其他医疗机构为75%，社区卫生服务机构为80%。

(四) 住院最高限额以上部分住院医疗费，符合大病保险规定的，由大病保险基金按照70%的比例予以承担。

在一个结算年度内，参保人员发生的符合医

保开支范围的住院医疗费，医保基金负担比例见表3：

表3 其他城乡居民住院医疗费医保基金承担比例表

费用分段	医疗机构		
	三级	其他	社区
起付标准（元）	800	500	300
起付标准至25万 （含）	70%	75%	80%
25万以上	70%	70%	70%

**十一、参保人员同时参加基本医疗保险和商业保险的，费用如何结算？**

参保人员同时参加基本医疗保险和商业保险的，应按基本医疗保险的规定先行结算。如按商业保险先行赔付的，已赔付的医疗费部分，在医保结算时应予以扣除。

**十二、哪些情形下发生的医疗费不列入医保开支范围？**

除另有规定外，参保人员因下列情形发生的医疗费，不列入医保开支范围：

（一）在浙江省社会保险行政部门规定的基本医疗保险药品目录、医疗服务项目范围和大病保险特殊药品目录以外的；

（二）在境外就医的；

（三）应由第三人负担的；

（四）应从工伤保险基金中支付的；

（五）应由公共卫生负担的；

（六）其他违反基本医疗保险规定的。

**十三、基本医疗保险基金先行支付有何规定？**

医疗费用依法应当由第三人负担，但第三人不支付或者无法确定第三人的，由医保基金先行支付。先行支付后，经办机构有权向第三人追偿。

**十四、就医期间哪些费用应由个人承担？**

个人应承担的费用包括自费、自理、自付三

部分。

**自费：**是指不属于基本医疗保险开支范围的费用。如：生活用品费、陪客费、自费药品费等。

**自理：**是指参保人员使用基本医疗保险药品目录和医疗服务项目目录中的乙类药品和乙类医疗服务项目，以及其他需先由个人支付一定比例的费用。如医疗服务项目中CT检查费5%、磁共振扫描（MRI）10%、药品目录中厄贝沙坦3%等。

**自付：**是指门诊、住院起付标准和起付标准以上应由个人按比例承担的费用。

### **第三章 医疗困难救助**

#### **十五、医疗困难救助的程序如何？**

1、**即时救助：**救助对象在定点医疗机构就医或市区定点零售药店购药时发生的医疗费，符合医疗困难救助规定的，可在医疗费结算时直接享受医疗救助。

2、事后救助：救助对象发生的符合救助标准的医疗费，未能享受即时救助的，在申请医疗费用报销时，由医保经办机构一并给予医疗困难救助。

## 十六、医疗困难救助的标准有何规定？

在一个结算年度内，参保人员其当年个人承担的符合医保开支范围的医疗费用，按以下标准救助：

### （一）持证人员

1. 《特困人员救助供养证》持有者，其在规定的医药机构发生的门诊、住院医疗费和规定病种门诊医疗费予以全额救助。

2. 《最低生活保障家庭证》、《残疾人基本生活保障证》或二级及以上《中华人民共和国残疾人证》持有者，其个人承担的住院医疗费和

规定病种门诊医疗费救助比例为70%；门诊医疗费救助标准为50%，最高不超过3000元。

3. 《最低生活保障边缘家庭证》持有者，其个人承担的住院医疗费和规定病种门诊医疗费救助比例为60%。

持证人员在惠民医院或经惠民医院同意转入指导医院、协作医院就诊的，可按规定同时享受有关惠民待遇。

## （二）非持证人员

城乡居民医保参保人员，其个人承担的住院医疗费和规定病种门诊医疗费超过25000元以上的部分按超额累进制结算，各段救助比例分别为：25000元以上至35000元（含）为50%；35000元以上为60%。

救助对象在一个结算年度内发生的符合医保开支范围的医疗费中个人负担部分，可按以下标

准享受医疗困难救助，详见表4：

表4 其他城乡居民医疗困难救助待遇汇总表

持证 参保 人员	门诊	《特困人员救助供养证》 持有者全额救助。
		《最低生活保障家庭证》、《残疾人基本生活保障证》或二级及以上《中华人民共和国残疾人证》持有者，救助标准为50%，最高不超过3000元。
	住院和 规定病 种门诊	《特困人员救助供养证》 持有者全额救助。
		《最低生活保障家庭证》、《残疾人基本生活保障证》或二级及以上《中华人民共和国残疾人证》持有者，救助比例为70%。

		《最低生活保障边缘家庭证》持有者，救助比例为60%。
非持证参保人员	住院和规定病种门诊	25000元以上至35000元(含)为50%
		35000元以上为60%

### 十七、持证人员享受医疗困难救助待遇前应办理什么手续？

持证人员持相关证件至医保经办机构办理相关证件登记手续后，方可享受相应的医疗困难救助待遇。

### 十八、申请事后救助时，医疗费原始发票已作为有关部门或单位报销凭证的，如何申请医疗困难救助？

申请事后救助时，医疗费原始发票已作为有关部门或单位报销凭证的可由有关部门或单位出具原始凭证分割单，并加盖财务专用章或单位公

章，再按医疗困难救助规定申请救助。

#### 第四章 参保关系衔接

#### 十九、参保人员险种转换后，其医保待遇如何享受？

符合参保条件的人员，在同一时期内只能参加一种基本医疗保险，但可按规定转换不同的险种。险种转换后，原已缴纳的医保费和已享受的医保待遇不予清算。

险种转换是指参保人员因个人原因变更职工医保与城乡居民医保险种，具体按以下规定办理。

（一）其他城乡居民医保参保期内的人员，转为以灵活就业人员身份参加职工医保的，在职工医保正常缴费的6个月内继续享受其他城乡居民医保待遇，6个月后享受职工医保待遇。

(二) 以灵活就业人员身份参加职工医保的，转为参加其他城乡居民医保后，参保当月继续享受职工医保待遇，次月起享受其他城乡居民医保待遇。3个月内要求再次转为参加职工医保的，可补缴此期间的职工医保费，并从次月起享受职工医保待遇。

(三) 参保人员在原险种停保后超过3个月(含)发生险种转换的，视为中断参保，应在新险种正常参保缴费满6个月后享受新险种对应的医保待遇。

城乡居民医保待遇自然终止后，连续参加职工医保的，参保当月仍享受原参保的城乡居民医保待遇，次月起享受职工医保待遇。城乡居民医保待遇自然终止后，仍继续参加城乡居民医保的，参保当月起享受新参保的城乡居民医保待遇。

遇。

## 二十、参保人员险种转换后，门诊起付标准如何确定？

转换险种的参保人员，一个结算年度内应承担的门诊起付标准额度，按照其所享受医保待遇对应的门诊起付标准确定。已承担的门诊起付标准额度超过转换后险种标准的，不予清算。

## 第五章 就医管理

### 二十一、参保人员就医、购药有何规定？

参保人员的就医凭证包括社保卡和《基本医疗保险证历本》（以下简称《证历本》）。其中社保卡委托市区市民卡服务机构制发，《证历本》由市医保经办机构按全市统一的标准和格式制发。

参保人员在定点医药机构范围内选择就医、购药时，应主动出示就医凭证，定点医药机构应予以校验，并在《证历本》上如实记载诊疗和售

药情况。

## **二十二、在定点医疗机构和药店发生的医疗费如何结算？**

在直接联网的定点医药机构（含跨省和省、市“一卡通”定点医疗机构）发生的应由参保人员个人支付的医疗费，由参保人员直接与定点医药机构按规定结算；应由医保基金支付的医疗费，由定点医药机构与医保经办机构按规定结算。

## **二十三、规定病种门诊管理有何规定？**

规定病种是指各类恶性肿瘤、系统性红斑狼疮、血友病、再生障碍性贫血、儿童孤独症、精神分裂症、情感性精神病、艾滋病、耐多药肺结核。慢性肾功能衰竭的透析治疗和器官移植后的抗排异治疗纳入规定病种的治疗范围。

除艾滋病、耐多药肺结核患者由市、区卫生计生疾控管理部门集中受理，统一至医保经办机构办理备案手续外，患有其他规定病种疾病的参保人员，可持市区二级及以上定点医疗机构出具

的《杭州市基本医疗保险规定病种门诊治疗建议书》（长住外地人员可凭当地二级及以上定点医疗机构出具的证明）、确诊的病理报告、出院小结等资料，至医保经办机构办理备案手续。其中，患有精神分裂症、情感性精神病、儿童孤独症等疾病的，须持有相应专科医院或三级医疗机构中相应专科出具的有关医疗证明。

艾滋病、耐多药肺结核实行定点医疗。

规定病种备案有效期为5年，需延期的，应在期满前一个月重新办理备案手续。

在一个结算年度内，规定病种门诊医疗费按住院医疗费结算，但不设住院起付标准。

**二十四、参保人员在市区非定点医疗机构发生急诊治疗的有何规定？**

参保人员因急症在市区非定点医疗机构急诊治疗的，治疗结束后，凭急诊证明至医保经办机

构按规定结算医疗费。

## 二十五、临时外出期间发生的医疗费如何结算？

(一) 参保人员临时外出期间，在省内定点医疗机构就医发生的符合医保开支范围的医疗费，原则上应凭本人社保卡在省、市医保“一卡通”定点医疗机构刷卡就医并按规定结算费用。在当地定点医疗机构就医但未能刷卡结算的医疗费由个人全额垫付后至医保经办机构按市区医保规定审核，并由个人先自理10%后按规定结算。

长住外地参保人员临时离开长住地，去长住地所在省其他地区定点医疗机构就医发生的符合医保开支范围的医疗费，由个人全额垫付后至医

保经办机构按市区医保规定审核，并由个人先自理10%后按规定结算。

因急症发生的符合医保开支范围的医疗费由个人全额垫付后，凭急诊证明至医保经办机构按市区医保规定审核结算。

非急症治疗需要，在当地非定点医疗机构发生的医疗费不予支付。

(二) 参保人员临时外出期间，在省外定点医疗机构就医发生的符合医保开支范围的医疗费，由个人全额垫付后至医保经办机构按市区医保规定审核，并由个人先自理20%后按规定结算。

长住外地参保人员临时离开长住地去其他省、直辖市定点医疗机构就医发生的符合医保开

支范围的医疗费，由个人全额垫付后至医保经办机构按市区医保规定审核，并由个人先自理20%后按规定结算。

因急症发生的符合医保开支范围的医疗费由个人全额垫付后，凭急诊证明至医保经办机构按市区医保规定审核结算。

非急症治疗需要，在当地非定点医疗机构发生的医疗费不予支付。

**二十六、长住外地期间发生的医疗费如何结算？**

（一）长住外地3个月以上的参保人员，应持《杭州市基本医疗保险长住外地人员登记表》至医保经办机构办理备案手续。

（二）参保人员办理长住外地备案手续后，在长住地定点医疗机构发生的医疗费，可通过跨

省和省、市医保“一卡通”直接结算，或由个人全额支付后，至医保经办机构按市区规定结算。

(三) 已办理长住外地备案手续的参保人员，须在备案生效的3个月后，方可撤销备案手续。

(四) 参保人员办理的长住外地备案手续生效后，参保人员临时回市区，因病需要普通门诊或购药的，应办理临时回市区就医购药手续。

**二十七、出国、出境期间发生的医疗费有何规定？**

患慢性疾病的参保人员，在出国（出境）期间，需携带药品持续治疗的，凭本人社保卡（或身份证）、《证历本》、能证明出入境时间的有关凭证、定点医疗机构出具的《杭州市基本医疗保险出国、出境带药备案单》办理备案手续，可

配取最多不超过6个月的用于治疗慢性疾病的药量。

出国（出境）期间，暂停该参保人员在定点医药机构的医疗费结算。

### **二十八、参保人员在报销医疗费时应提供哪些资料？**

参保人员在报销医疗费时，应持本人社保卡（或身份证）、本人银行卡、医疗费原始发票、医疗费汇总明细清单、出院小结和病历等医疗文书（含复印件）办理，其中委托他人代办的，应同时提供代办人社保卡（或身份证）。

参保人员应在下一结算年度年底前，办理上一结算年度医疗费申请报销手续。

### **二十九、本市可办理各类医保业务的医保经办机构有哪些？**

市、区医保经办机构均可办理参保人员的参

(续) 保、各类登记备案、《证历本》的申领换发、零星医疗费用报销审核等医保经办服务。市、区医保经办机构地址见表1。

(本宣传资料供参考，以正式文件为准)