



上海市职工保障互助会

上海市退休职工住院补充医疗互助保障计划

(2025 版)

为配合市政府《上海市职工基本医疗保险办法》的实施，发扬工人阶级团结友爱互助互济的光荣传统，有效地帮助患病住院的退休职工减轻个人自负部分医疗费的经济负担，使他们能安心治疗早日康复。作为本市职工医疗保险制度改革的配套办法，特制订《上海市退休职工住院补充医疗互助保障计划》(以下简称本计划)。

保障对象

第一条

1、单位团体参保

凡属于上海市职工基本医疗保险(以下简称“职保”)保障范围的退休职工，均可按自愿的原则通过本人原所属单位进行团体参保，单位通过上海工会网上工作平台在线办理参保手续。参保人数原则上不少于本单位退休职工总数的 75%(以社保中心提供的单位退休人数信息为准)。

2、社区参保

属于本市“职保”保障范围的社会退休职工及单位不组织参保的退休职工可至本市各街(镇)工会服务点(社区事务受理服务中心，下同)或通过“随申办市民云”的“市总工会《退休住院计划》参保受理”事项、“退休一件事”办理参保手续。

参保手续

第二条 参保时应提供以下材料：

1、单位团体参保应提供的材料

- (1) 用 EXCEL 格式制作的参保人员名单的电子文档。
- (2) 以下的缴费凭证之一：①加盖银行业务章的贷记凭证或现金解款单；②单位网上银行付款凭证的打印件。

2、社区参保

退休职工凭本人身份证至本市各街(镇)工会服务点或通过“随申办市民云”的“市总工会《退休住院计划》参保受理”事项、“退休一件事”办理参保手续。

第三条 参保方式

1、单位团体参保：全年分集中参保和即时参保

(1) 集中参保：参保单位必须在每年 6 月 30 日之前办理集中参保手续；

(2) 即时参保：集中参保结束后次日起办理即时参保。

①未办理集中参保的单位，可办理团体即时参保；

②参保单位可在职工办妥退休手续后的 2 个月内为其办理团体即时参保。

2、社区参保：全年分集中参保和即时参保

(1) 集中参保：所有社区参保人员都必须在每年 6 月 1 日至 6 月 30 日办理集中参保手续；

(2) 即时参保：仅针对办妥退休手续后 2 个月内的退休职工，可办理社区即时参保。

保障费

第四条 保障费缴纳标准：

1、单位团体参保缴费标准

(1) 保障期大于半年且小于等于一年的, 缴费标准为 450 元/人;

(2) 保障期小于等于半年的, 保障费为 225 元/人。

2、社区参保缴费标准

(1) 集中参保

首次参保人员、续保人员或续保中断后再次参保的人员, 将分别按不同的缴费标准收取, 缴费标准如下:

①新退休一年内首次参保的人员和续保人员的缴费标准为 465 元/人。

②退休后一年以上、不超过两年的首次参保人员和断保后一年以上、不超过两年的再次参保人员的缴费标准为 900 元/人。

③退休后两年以上首次参保人员和断保后两年以上再次参保人员的缴费标准为 1350 元/人。

2017 年 4 月起, 本市小城镇保险养老人员转为享受本市职工基本医疗保险待遇, 其退休时间从转入本市职工基本医疗保险之日起开始计算。

(2) 即时参保(新退休 2 个月内首次参保的):

①保障期大于半年且小于等于一年的, 缴费标准为 465 元/人;

②保障期小于等于半年的, 保障费为 233 元/人。

第五条 被保障人在保障期限内本计划只能参保 1 份(含单位团体参保和社区参保)。超出的份数视作无效。

保障期限

第六条 保障期限为一年或一年之内

1、集中参保

单位团体和社区集中参保: 保障期限均为一年, 自当年 7 月 1 日零时起至次年 6 月 30 日 24 时止。

2、即时参保

(1) 单位团体即时参保: 非 7 月 1 日起保的, 保障期限自参保单位在上海工会网上工作平台办妥参保手续的次日零时起至一周年之内的 6 月 30 日 24 时止。

(2) 社区即时参保(新退休 2 个月内首次参保的): 非 7 月 1 日起保的, 保障期限自办妥参保手续的次月 1 日零时起至一周年之内的 6 月 30 日 24 时止。

保障责任

第七条 本计划的保障责任范围为在本市医保部门认定的医院进行以下四种情况的治疗:

1、住院治疗;

2、按住院标准结算医疗费用的急诊观察室留院观察治疗(以下简称急诊观察室留院观察治疗);

3、门诊大病(具体定义见附则, 下同)治疗;

4、家庭病床治疗。

第八条 单位团体集中参保和社区集中参保(即起保日为 7 月 1 日的)不设免责期; 单位团体即时参保和社区即时参保(即起保日非 7 月 1 日的)设 30 天免责期。免责期后, 本会对属于本市“医保”范围的个人自负部分的医疗费用(包括门诊大病的分类自负医疗费用; 不包括住院起付标准之内的医疗费用和住院、家庭病床分类自负医疗费用; 不包括自费费用。下同)分别按一定比例给付补充医疗保障金。

第九条 住院、急诊观察室留院观察、家庭病床治疗补充医疗保障金的给付标准:

1、统筹基金支付范围之内(起付标准以上至最高支付限额以下)属于个人自负部分的医疗费用, 本会按该费用的 60%给付补充医疗保障金。

2、统筹基金最高支付限额以上附加基金支付范围之内属于个人自负部分的医疗费用，本会按该费用的 70% 给付补充医疗保险金。

第十条 门诊大病治疗补充医疗保障金的给付标准：

1、统筹基金和附加基金支付范围之内属于个人自负部分的门诊大病医疗费用本会按该费用的 50% 给付补充医疗保险金。

2、门诊大病分类自负医疗费用按医保规定的门诊大病个人自负比例的 50% 给付补充医疗保险金。

第十一条 补充医疗保障金的累计最高给付额：

在保障期内被保障人的补充医疗保障金，累计最高给付额为 10 万元。

当达到累计最高给付额时，保障责任终止。

第十二条 被保障人在免责期内或保障期满时若该次治疗还未结束（即医院还未结算医疗费用），则治疗结束医院结算医疗费用后，本会按该次治疗期间的免责期后并在保障期内的天数占治疗期总天数的比例乘以个人自负部分的医疗费用，按第九条、第十条和第十一条的规定给付相应的补充医疗保障金。被保障人若在保障期满时该次治疗尚未结束，但在规定时间内续保的，则分别按各自的保障期计算，给付补充医疗保障金。

第十三条 保障期满保障责任即告终止。

第十四条

社区参保人员已办理社区代扣款缴费申请手续者，本会在扣款到帐后续保生效，本人不用再办理续保手续。未扣到款者，在当年六月份到本市各街（镇）工会服务点或通过“随申办市民云”的“市总工会《退休住院计划》参保受理”事项办理缴费续保，次年仍继续代扣款；未能扣到款且未在规定期限内缴费，续保将会中断，中断后被保障人将不再属于本计划保障范围内，须重新办理参保手续。

除外责任

第十五条 以下所列情况，本会不负给付补充医疗保障金的责任：

- 1、被保障人起保日前或在起保后 30 天免责期内开始治疗的属免责期内的医疗费用；
- 2、保障期满该次治疗还未结算医疗费用且未续保，超出保障期治疗天数所发生的医疗费用；
- 3、非本市“职保”待遇结算的医疗费用；
- 4、工伤、职业病的医疗费用；
- 5、住院起付标准之内的医疗费用和住院、家庭病床的分类自负费用；
- 6、不属于医保报销范围的个人自费医疗费用；
- 7、参保单位或被保障人的各种欺骗、作弊行为。

第十六条 参保单位或被保障人有第十五条第 7 款所指的行为，本会即终止对其的保障责任。

补充医疗保障金的申请和给付

第十七条 补充医疗保障金的给付：

1、免申即享(直接给付)：市总工会通过数据交互后，符合免申即享条件的可享受免申即享服务，补充医疗保障金直接汇入被保障人的本市开户的养老金银行账户（不包括工商银行、浦发银行、兴业银行、华夏银行、中信银行和交通银行的活期存折）。

2、申请给付（非直接给付）

（1）以下四种情况属于申请给付（非直接给付）：

①养老金通过黄山农信社或邮政汇款发放；②外地和本市零星医疗费收据；③医保减负的医疗费收据；④超过统筹基金最高支付限额进入附加基金支付的医疗费收据。

（2）被保障人需到本市各街（镇）工会服务点办理补充医疗保障金的给付申请，申请时需提供以下申请材料：

①被保障人的身份证；

②凭医保凭证就医的医疗费专用收据（“门诊大病”不用提供专用收据），外地就医申请给付必须提供本市各区医疗保险事务中心出具的有关医疗费用结算单、明细清单、医疗费专用收据、外地医院门诊大病证明材料；跨省异地就医结算需要提供医疗费专用收据，以及本会认为有必要提供的异地医疗机构的结算单；

③出院小结、家庭病床撤床小结，以及本会认为必须提供的其它证明材料；

④被保障人除可提供本人的本市开户的养老金银行账户（不包括工商银行、兴业银行、华夏银行、中信银行和交通银行的活期存折）外，还可提供被保障人的本市开户的上海银行或农业银行的借记卡、活期存折。

第十八条 非直接给付的被保障人应在本市医疗保险机构推送相关医疗费用数据后（每周三在微信“申工社”晨会中发布）提出给付申请。

第十九条 本会收到有关被保障人手续齐备的申请，在 30 天内（特殊情况可能延长）核实后把补充医疗保障金划入被保障人提供的相关银行账户内。

第二十条 被保障人向本会申请给付补充医疗保障金的权利，在保障期满之日起两年内不行使即告丧失。

信息变更

第二十一条

1、单位参保信息变更

参保单位在参保后，若发生单位基本信息（单位名称、地址、邮编、邮箱、联系人和联系电话等）变更时，应在变更后及时到各区服务处和本会办理变更；未通知本会的，本会按原联系人、原方式发放有关通知，并视为已送达参保单位。

2、社区参保人员信息变更

社区参保人员在参保后，若发生个人信息（联系地址、电话等）变更时，应及时到各街（镇）工会服务点办理信息变更手续，未办理信息变更手续者，本会如按原联系方式与之无法联系，所造成的一切后果由其本人承担。

其他

第二十二条 本会对保障费实行专项核算，保障费的运作、结算和管理受理事会领导，并接受监事会监督。本会根据该计划的实际给付情况和基本医疗保险统筹基金及地方附加医疗保险基金实施办法的变化，以及政府和有关部门补贴情况的变化，相应决定下一年保障费的收费标准及补充医疗保障金的给付比例。

附则

第二十三条 本计划保障责任范围的门诊大病治疗是指纳入医保门诊大病范围的：

- 1、尿毒症透析和肾移植后的抗排异治疗；
- 2、享受医保门诊大病待遇的精神病治疗；
- 3、在享受医保门诊大病医疗待遇期限内进行的恶性肿瘤化学治疗（含内分泌特异抗肿瘤治疗）、放射治疗、同位素抗肿瘤治疗、介入抗肿瘤治疗、中医药抗肿瘤治疗以及必要的相关检查。

第二十四条 本“计划”于 2025 年 4 月修订，自 2025 年 7 月 1 日起按本次修订后条款执行。

本会地址：上海市北京西路 1068 号 5 楼

邮政编码：200041

咨询电话：4008892351

上海市职工保障互助会

二〇二五年四月二十九日