大同市民政局文件

同民发〔2023〕51号

大同市民政局 大同市财政局 大同市医疗保障局关于印发《因病致贫重病患者认定实施细则（试行）》的通知

各县区民政局、财政局、医保局：

根据《山西省民政厅 山西省财政厅 山西省医疗保障局关于印发<因病致贫重病患者认定办法（试行）>的通知》精神，市民政局、市财政局、市医疗保障局研究制定了《因病致贫重病患者认定实施细则（试行）》，现印发你们，请结合实际认真贯彻落实。

大同市民政局　　大同市财政局　　大同市医疗保障局

2023年7月14日

因病致贫重病患者认定实施细则（试行）

第一章　总　则

第一条　为规范我市因病致贫重病患者认定工作，依据山西省民政厅、山西省财政厅、山西省医疗保障局联合印发的《因病致贫重病患者认定办法（试行）》和《大同市人民政府办公室关于印发健全重特大疾病医疗保险和救助制度实施方案的通知》等有关规定，结合我市实际，制定本实施细则。

第二条　本办法适用于我市范围内因病致贫重病患者的申请受理、审核确认、管理和监督等工作。

第三条　因病致贫重病患者认定工作应遵循以下原则：

（一）属地管理，分级负责；

（二）严格规范，高效便民；

（三）公开、公平、公正。

第四条　县级人民政府民政部门负责会同相关部门做好因病致贫重病患者的认定，财政部门负责按规定做好医疗救助资金保障，医保部门负责因病致贫重病患者的医疗救助。乡镇人民政府（街道办事处）〔以下简称乡镇（街道）〕负责因病致贫重病患者的申请受理、调查初审工作。村（居）民委员会协助做好相关工作。

低保对象审核确认权限下放至乡镇（街道）的县（区），由

乡镇（街道）负责因病致贫重病患者的认定，县级民政部门应当加强监督指导。

第五条 县级以上人民政府民政、财政、医保部门应当协同配合，加强信息共享和数据比对，统筹做好因病致贫重病患者的认定和救助工作。

第二章 认定条件

第六条 本办法所称因病致贫重病患者，是指不符合低保、特困供养或低保边缘家庭条件，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）户籍在本省；

（二）患者本人在我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）达到年度救助起付标准。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给予的补助，政策范围内个人负担医疗费用达到年度救助起付标准（年度救助起付标准按照同政办发〔2022〕52号执行）；

（四）人均收入低于低保标准2倍。提出申请前12个月内，在扣除个人自负医疗费用之后，共同生活的家庭成员人均收入低于当地城乡低保标准的2倍，共同生活的家庭成员及家庭收入的计算方法，参照当地最低生活保障对象家庭收入核算办法；

（五）家庭财产符合规定。申请人家庭拥有的金融资产总额人均应不超过当地年最低生活保障标准的3倍，其他家庭财产参照当地最低生活保障对象家庭财产认定标准。

第七条 政策范围内个人负担费用，是指患者在提出申请前12个月内，在定点医药机构就医发生的住院费用、门诊特药费用、门诊慢特病费用（包括参照住院和门诊慢特病管理单独支付的药品费用），经基本医保、大病保险（含职工大额医疗补助，下同）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。

第八条 共同生活家庭成员、家庭收入认定、家庭财产认定及核算认定参照最低生活保障对象审核确认办法有关规定。

第九条 因病致贫重病患者认定当次有效，针对申请人符合规定的医疗费用，按规定比例给予医疗救助。

第三章 申请受理

第十条 申请因病致贫重病患者，应当由患者本人作为申请人，向其户籍所在地或经常居住地乡镇（街道）提出书面申请。患者本人申请有困难的，可以由共同生活的家庭成员代为申请，也可以由患者本人或共同生活的家庭成员委托村（居）委会或者其他人代为申请。委托申请的，应当办理相应委托手续。

第十一条 因病致贫重病患者认定申请人户籍地（经常居住地）与参保地一致的，由患者本人或其委托代理人（持委托授权

书）向户籍所在地或经常居住地乡镇（街道）提出书面申请；因病致贫重病患者认定申请人户籍地（经常居住地）与参保地不一致的，由患者本人或其委托代理人（持委托授权书）向参保地乡镇（街道）提出书面申请。

申请人户籍所在地、经常居住地和参保地的民政部门、乡镇（街道）应当相互配合做好认定工作。

第十二条 申请因病致贫重病患者认定，应当提供以下材料：

（一）患者本人居民身份证（在经常居住地申请的还需提供居住证）和家庭成员的户口簿；

（二）提出申请之月前12个月内，患者本人住院记录（出院小结、病历首页）、结算单据、医疗费用发票的原件及复印件，门诊慢特病和门诊特药收费票据等；

（三）填写《因病致贫重病患者认定申请表》，并承诺所填信息真实、完整；

（四）履行授权核对其家庭经济状况的相关手续。

第十三条 乡镇（街道）、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。

第十四条 乡镇（街道）应当对提交的材料进行审查，材料齐备的，予以受理；材料不齐备的，应当一次性告知补齐所有规定材料。可以通过国家或地方政务服务平台查询获取的材料，不

再要求当事人提交。

第四章　审核确认

第十五条　乡镇（街道）应当自受理申请之日起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、医疗费用支出情况、医疗保险（包括基本医疗保险、大病保险等）支付情况和实际生活情况等予以调查核实，并提请县级民政部门开展家庭经济状况信息核对。村（居）委会应当协助乡镇（街道）开展调查核实。

第十六条　调查申请人家庭经济状况可采取信息核对、入户调查、邻里访问、信函索证、支出推算等方式进行，具体要求参照最低生活保障对象审核确认办法有关规定。

第十七条　经家庭经济状况信息核对，不符合因病致贫重病患者条件的，乡镇（街道）应当及时告知申请人。申请人对核对结果有异议的，应当在15日内提供相关佐证材料，乡镇（街道）应当自收到佐证材料起10个工作日内进行复查。

对同一家庭，30日内原则上不重复调查；对同一家庭多次调查，以最近一次调查结果为准。

第十八条　乡镇（街道）应当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村（社区）公示，公示期为7天。公示应当依法保护个人隐私，不得公示无关信息。公示期满无异议的，乡镇（街道）应当及时将初审意见等相关材料报送县

级民政部门。公示期间有异议的，乡镇（街道）应当按程序重新组织调查核实，提出复核意见并重新进行公示。

第十九条 县级民政部门收到乡镇（街道）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个工作日内会同相关部门提出审核意见。对符合条件的，应当及时予以确认，通过乡镇（街道）告知申请人或者其委托代理人，并将相关信息推送同级医保部门；对不符合条件的，在3个工作日内通过乡镇（街道）书面告知申请人或者其委托代理人，并说明理由。

第二十条 县级医保部门收到同级民政部门推送的信息后，按照相关政策规定及时给予医疗救助。

第二十一条 因病致贫重病患者审核确认工作应当自受理之日起30个工作日内完成；特殊情况下，可以延长至45个工作日。各县（区）可在规定时限内对因病致贫重病患者审核确认程序作出进一步调整优化。

第二十二条 未经申请受理、家庭经济状况调查、审核确认等程序，不得将任何人直接认定为因病致贫重病患者。

第二十三条 被认定为因病致贫重病患者的，以做出审核确认决定之日为准。

第五章 监督管理

第二十四条 县级民政部门和乡镇（街道）应当加强因病致

贫重病患者认定档案管理，对工作资料归类、建档。档案应当齐全完整、统一规范，不得随意涂改、变更和销毁。有条件的地方应当建立电子档案。

第二十五条 在因病致贫重病患者申请审核过程中发现有下列情形之一的，可以终止审核确认程序：

（一）申请人本人及共同生活的家庭成员无正当理由拒绝配合经办机构或者经办人员对其家庭状况进行调查；

（二）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）接受大额社会捐赠等，超出政策范围内个人负担医疗费用，明显不符合因病致贫重病患者条件的；

（四）县（区）民政、医保部门规定的其他情形。

第二十六条 县级以上民政、财政、医保部门应当加强因病致贫重病患者认定和救助资金管理使用工作的监督检查，严格执行医疗救助基金监督管理规定，建立健全相关监督管理制度。

第二十七条 县级以上民政、医保部门和乡镇（街道）应当公开服务热线，受理咨询、举报和投诉，接受社会和群众对因病致贫重病患者认定工作的监督。对接到的实名举报，应当逐一核查，并及时向举报人反馈核查处理结果。

第二十八条 因病致贫重病患者认定申请人或者其他家庭成员对民政部门作出的具体行政行为不服的，可以依法申请行政复议或者提起行政诉讼。

第二十九条 相关工作人员在履行职责中存在滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊、失职渎职等行为的，应当依法依规追究相关责任。对秉持公心、履职尽责但因客观原因出现失误偏差且能够及时纠正的，依法依规免于问责。

第六章 附 则

第三十条 本办法由市民政局、市财政局、市医保局负责解释。

第三十一条 本办法自2023年7月20日起施行，有效期2年。

附件：1.因病致贫重病患者申请审核确认表（参考样表）

2.因病致贫重病患者审核公示（参考样式）

3.因病致贫重病患者认定通知书（参考样式）

4.不予确认因病致贫重病患者通知书（参考样式）

5.县（区）因病致贫重病患者认定名单（参考样式）

附件 1

因病致贫重病患者申请审核确认表（参考样表）

<table>
<tr><td>申请人
姓　名</td><td></td><td>性别</td><td></td><td>民族</td><td></td><td colspan="2">居民身份证号码</td></tr>
<tr><td>户籍地</td><td colspan="5"></td><td colspan="2">联系电话</td></tr>
<tr><td>居住地</td><td colspan="5"></td><td colspan="2" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>参保地</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="5">共同生活家庭成员情况</td><td>姓名</td><td>与申请人关系</td><td>健康状况</td><td colspan="2">就业（上学）状况</td><td colspan="2">居民身份证号码</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="5">非共同生活赡抚养人情况</td><td>姓名</td><td>与申请人关系</td><td>健康状况</td><td>就业状况</td><td>年赡（抚、扶）养费</td><td colspan="2">居民身份证号码</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">家庭收入情况</td><td>工资性收入（元/年）</td><td>经营净收入（元/年）</td><td>财产净收入（元/年）</td><td>转移净收入（元/年）</td><td>家庭总收入（元/年）</td><td colspan="2">近 12 个月个人自负医疗费用总和</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2">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_____。</td></tr>
<tr><td>核算情况</td><td colspan="7">扣除政策范围内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</td></tr>
<tr><td rowspan="2">家庭财产状况</td><td>动产</td><td colspan="4">存款：_____，证券：_____基金：_____
商业保险：_____理财：_____债权：_____，
市场主体：_____机动车辆：_____其他：_____</td><td rowspan="2">是否超标</td><td rowspan="2">是□
否□</td></tr>
<tr><td>不动产</td><td colspan="4">房产：_____套（自建□商品房□），门面房：____套，
其他：_____</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>个人申请</td><td colspan="6">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。

申请人签字：
年　月　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">入户调查意见</td><td colspan="6">调查人员签字：

年　月　日</td></tr>
<tr><td>经办人</td><td></td><td>负责人</td><td></td><td>分管领导</td><td></td></tr>
<tr><td>乡镇街道初审意见</td><td colspan="6">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，报县民政局审批。

盖　章
年　月　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">县级民政部门意见</td><td colspan="6">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。

盖　章
年　月　日</td></tr>
<tr><td>审核人</td><td></td><td>分管领导</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

附件 2

因病致贫重病患者认定审核公示（参考样式）

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（参考样式）

（_____年第____号）

_____乡镇（街道）：

依据我市《因病致贫重病患者认定实施细则（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。

_____县民政局（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（参考样式）

（_____年第____号）

_____乡镇（街道）：

依据我市《因病致贫重病患者认定实施细则（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。

_____县民政局（盖章）

年　月　日

序号	姓名	所在村（社区）	不予确认的原因

附件 5

____县（区）因病致贫重病患者认定名单

单位名称(盖章)：_____ 年 月 日

序号	乡（镇）	行政村	姓 名	身份证号码	认定类型	人员类别	认定时间
1							
2							
3							
4							
…							

注：1.本表由县级民政部门填写，推送同级医保部门；

2.认定类型为：因病致贫

抄送：省民政厅，省财政厅，省医疗保障局。

大同市民政局办公室　　2023年7月14日印发