

浮山县民政和人力资源社会保障局
浮山县财政局 文件
浮山县医疗保障局

浮民人社发〔2023〕54号

关于转发《临汾市民政局 临汾市财政局 临汾市医疗保障局转发的〈山西省民政厅 山西省财政厅 山西省医疗保障局关于因病致贫重病患者认定办法（试行）的通知〉的通知》的通知

各乡（镇）人民政府：

现将临汾市民政局 临汾市财政局 临汾市医疗保障局转发的《山西省民政厅 山西省财政厅 山西省医疗保障局关于因病致贫重病患者认定办法（试行）的通知》转发给你们，请认真领会文件精神，准确把握认定条件结合实际遵照执行。

浮山县民政和人力资源社会保障局



浮山县财政局



浮山县医疗保障局



2023年7月25日

临汾市民政局 临汾市财政局 文件 临汾市医疗保障局

临市民发〔2023〕34号

关于转发《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》的通知

各县(市、区)民政局、财政局、医保局：

为全面开展因病致贫重病患者认定工作，防范因病致贫返贫，筑牢民生保障底线，现将《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》(晋民规发〔2023〕5号)转发你们，请认真领会文件精神，准确把握

认定条件,结合实际遵照执行。



山西省民政厅
山西省财政厅文件
山西省医疗保障局

晋民规发〔2023〕5号

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

各市民政局、财政局、医疗保障局：

为规范我省因病致贫重病患者认定工作，省民政厅、省财政厅、省医疗保障局研究制定了《因病致贫重病患者认定办法（试

行)》, 现印发给你们, 请结合实际认真贯彻落实。



主动公开 (全文公开)

因病致贫重病患者认定办法（试行）

第一章 总 则

第一条 为规范我省因病致贫重病患者认定工作，依据《国务院办公厅关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的意见》《山西省人民政府办公厅关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的实施意见》有关要求，结合我省实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于我省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，遵循以下工作原则：

- （一）属地管理，分级负责；
- （二）严格规范，高效便民；
- （三）公开透明、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（审核确认权限下放的另行规定），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）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。

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）在本省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达到年度救助起付标准（年度救助起付标准按照晋政办发〔2022〕74号执行）；

（四）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应低于当地当年城乡低保标准的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。

个人自负医疗费用指在提出申请前12个月内，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。

(五) 申请人家庭拥有的金融资产总额人均应不超过 36 个月当地当年最低生活保障标准之和,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 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 申请及受理

第八条 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人民政府(街道办事处)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)向参保地乡镇人民政府(街道办事处)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、乡镇人民政府(街道办事处)应当相互配合做好认定工作。

第九条 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) 患者本人住院费用结算单、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。

第十条 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。

第十一条 乡镇人民政府（街道办事处）应当对申请人或者其委托代理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，应当一次性告知申请人或者其委托代理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。

第四章 审核确认

第十二条 乡镇人民政府（街道办事处）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、医疗保险支付情况等进行调查核实，并提请县级人民政府民政部门开展家庭经济状况信息核对。村（居）委会应当协助乡镇人民政府（街道办事处）开展调查核实。

第十三条 乡镇人民政府（街道办事处）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。公示期满无异议的，乡镇人民政府（街道办事处）应当及时将初审意见等相关材料报送县级人民政府民政部门。公示期间有异议的，乡镇人民政府（街道办事处）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。

第十四条 县级人民政府民政部门收到乡镇人民政府（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，通过乡镇人民政府（街道办事处）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人民政府（街道办事处）告知申请人或者其委托代理人。

第十五条 县级人民政府医保部门收到同级民政部门推送的信息后，及时完成医疗救助结算支付。

第十六条 因病致贫重病患者认定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。

第五章 管理和监督

第十七条 县级人民政府民政部门和乡镇人民政府（街道办事处）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。

第十八条 因病致贫重病患者认定过程中发现有以下情形的，可以终止审核确认程序：

（一）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）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）设区的市级人民政府民政、医保部门规定的其他情形。

第十九条 县级以上人民政府民政、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。

第二十条 县级以上人民政府民政、医保部门和乡镇人民政府（街道办事处）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。

第二十一条 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。

第二十二条 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

第二十三条 已将低保对象审核确认权限下放至乡镇人民政府（街道办事处）的县（市、区），由乡镇人民政府（街道办事处）负责因病致贫重病患者的认定，县级人民政府民政部门应当加强监督指导。

第二十四条 各市人民政府民政、财政、医保部门可以根据本办法，结合本地实际，制定实施细则，并报省民政厅、省财政厅、省医疗保障局备案。

第二十五条 本办法由省民政厅、省财政厅、省医疗保障局负责解释。

第二十六条 本办法自 2023 年 7 月 20 日起试行，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）

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 | | | 照片 |
| | | | | | | |
| 户籍地 | | | | | | |
| 居住地 | | | | | | |
| 参保地 | | | | 联系电话 | | |
| 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 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 非共同生活赡养抚养人情况 | 姓名 | 与申请人关系 | 健康状况 | 就业状况 | 年赡(抚、扶)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) | |
| 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_____。 | | | | | |
| | 医保部门盖章：_____年 月 日 | | | | | |
| | 经办人签字： | | | | | |
| 核算情况 | 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 | | | | | |

| | | | | | |
|----------------|--|------------------------------|-----|----------|----------|
| 家庭财产状况 | 动 产 | 存 款：_____证 券：_____基金：_____ | | 是否 超标 | 是□ 否□ |
| | | 商业保险：_____理 财：_____债权：_____ | | | |
| | 不 动 产 | 市场主体：_____机动车辆：_____其他：_____ | | | |
| | | 房 产：_____套（自建□商品房□） | | | |
| | | 门面房：_____套 其 他：_____ | | | |
| 个人申请 | <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: center;">申请人签字：_____年 月 日</p> | | | | |
| 入户调查意见 | <p style="text-align: center;">调查人员签字：_____年 月 日</p> | | | | |
| 乡镇综合便民服务中心审核意见 | <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，报县民政局审批。</p> <p style="text-align: center;">盖 章 年 月 日</p> | | | | |
| | 经办人 | | 负责人 | | |
| 乡镇人民政府确认意见 | <p>同意_____村（社区）_____认定为因病致贫重病患者的确认意见。</p> <p style="text-align: center;">盖 章 年 月 日</p> | | | | |
| | 负责人签字 | | | | |

注：此表一式三份，乡镇、民政部门、医保部门各保存一份。

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

乡镇举报电话：_____

乡镇人民政府综合便民服务中心（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

_____村（社区）：

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，你村（社区）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。

_____乡镇（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

_____村（社区）：

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，你村（社区）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。

_____乡镇（盖章）

年 月 日

| 序号 | 姓名 | 所在村（社区） | 不予确认的原因 |
|----|----|---------|---------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

抄送：民政部，财政部，国家医疗保障局。

山西省民政厅办公室

2023年6月19日印发
