

郑州市人力资源和社会保障局  
国家税务总局郑州市税务局 文件  
国家税务总局郑州航空港经济综合实验区税务局  
郑州市财政局

郑人社〔2018〕44号

郑州市人力资源和社会保障局  
国家税务总局郑州市税务局 国家税务总局  
郑州航空港经济综合实验区税务局 郑州市财政局  
关于印发郑州市职工基本医疗保险办法  
实施细则的通知

各县（市、区）人力资源和社会保障局、税务局、财政局，市社

会保险局，各有关单位：

为做好我市职工基本医疗保险制度实施工作，经认真研究，制定《〈郑州市职工基本医疗保险办法〉实施细则》，现印发给你们，请认真贯彻执行。



郑州市人力资源和社会保障局



国家税务总局郑州市税务局



国家税务总局郑州航空港经济综合实验区税务局



2018年12月29日

# 郑州市职工基本医疗保险办法实施细则

## 第一章 总 则

**第一条** 为了贯彻落实《郑州市职工基本医疗保险办法》(郑政办〔2018〕3号)(以下简称“《办法》”),制定本实施细则。

**第二条** 《办法》中所指的退休(职)人员,是指符合国家规定的退休(职)条件并且享受按月领取郑州市职工基本养老金的人员。

**第三条** 长期在外地工作的本市用人单位职工,可以参加外地的职工基本医疗保险。

**第四条** 长期在本市工作的外地用人单位职工,可以按照《办法》规定参加本市职工基本医疗保险(以下简称“职工医保”).

**第五条** 郑州市医疗保险经办机构(以下简称“经办机构”)提供职工医保服务,负责职工医保登记、征缴计划编制、个人权益记录、职工医保待遇支付等经办工作。

**第六条** 税务部门是职工医保费的征收机构(以下简称“征收机构”),负责职工医保费征收工作。

**第七条** 职工医保经办工作应当符合简政便民有关规定。

## 第二章 参保缴费

**第八条** 用人单位参加职工医保，不再单独核发《社会保险登记证》，采用统一社会信用代码进行登记管理。

通过工商登记数据共享平台可以获取信息的用人单位，凭营业执照及复印件（或电子营业执照）在经办机构办理登记手续。

其他用人单位应携带以下材料到经办机构办理登记手续：

- (一)《郑州市社会保险登记表(开户)》;
- (二)营业执照、事业单位法人证书、批准成立证件、其他核准执业证件或有关职能部门批准成立的文件(原件及复印件一份);
- (三)法定代表人或负责人身份证件(原件及复印件一份);
- (四)银行开户许可证(原件及复印件一份);
- (五)其它有关证件、资料。

**第九条** 用人单位办理职工医保登记手续后，应及时进行缴费申报，缴费申报资料经审核后，用人单位按有关规定缴纳职工医保费。

**第十条** 灵活就业人员参加职工医保，应按规定办理相关参保登记手续。经办机构应当及时受理，符合规定的予以登记。

**第十一条** 原郑州市国有（集体）破产困难企业在职职工可以灵活就业人员身份参加职工医保，也可由单位组织统一参加职工医保。原享受郑州市国有（集体）破产困难企业医疗保险的退

休人员仍按照有关规定享受相关待遇。

**第十二条** 灵活就业人员办理职工医保登记手续后，应按职工医保费征收有关规定，通过征收机构确定的缴费途径，按月足额缴纳职工医保费。

**第十三条** 领取本市职工基本养老金的退休人员以灵活就业人员身份参加职工医保时，应填写《郑州市灵活就业人员社会保险申报表》并提供社会保障卡或身份证及其他相关材料。经办机构应当及时受理，符合规定的予以办理。

**第十四条** 领取本市职工基本养老金的退休人员以灵活就业人员身份参加职工医保的，应按《办法》第二十条规定一次性补齐达到职工医保最低缴费年限所差年限的职工医保费，并自补缴次月起享受职工医保待遇。

**第十五条** 参保单位和个人缴纳的职工医保费应按月足额缴纳；职工医保费到账后，由经办机构分别计入统筹基金和个人账户。

**第十六条** 用人单位应于每年五月底之前申报本单位上年度职工个人工资收入；职工医保月缴费基数每年7月进行调整，在缴费年度期间（当年7月1日至次年6月30日），缴费基数不因参保人员个人工资的变化而变化。

**第十七条** 职工医保费按照我市现行社会保险费征收政策，由征收机构向用人单位或个人征收。

**第十八条** 特困企业经经办机构确认并签订协议，职工医保

费可按本单位月缴费基数的 5.6% 缴纳，职工个人不缴费，单位所缴费用不划入个人账户，全部进入职工医保统筹基金；参保职工及退休人员享受职工医保统筹基金支付医疗费用的待遇；退休人员按规定划入个人账户。

**第十九条** 用人单位欠缴职工医保费的，自欠费次月起，经办机构暂停其在职职工的医保待遇。

欠缴职工医保费的用人单位应足额补缴单位应缴部分的职工医保费，并代扣代缴职工个人应缴部分的职工医保费。由于用人单位欠费而产生的滞纳金由用人单位承担。用人单位足额补缴欠费后，经办机构应恢复其参保职工的职工医保待遇。欠费不足 24 个月的，欠费期间发生的医疗费用由职工医保基金按规定予以支付；欠费超过 24 个月的，在补缴当月（含补缴当月）向前追溯 24 个月内的医疗费用由职工医保基金按规定予以支付，其余时间的医疗费用由用人单位按《办法》规定的职工医保待遇标准支付。

**第二十条** 与经办机构签订按月缴纳过渡性职工医保费协议的用人单位，其应缴纳的过渡费按以下规定处理：

（一）经办机构以签订协议的月份为基准，核定其应一次性缴纳的过渡费总额；

（二）用人单位累计缴纳数额已经超过过渡费总额的，经办机构终止与其签订的按月缴纳过渡费协议，单位停止缴纳过渡费。协议终止前用人单位已经缴纳的过渡费为正常履行协议，超过应缴过渡费总额部分不予退回，并入职工医保统筹基金；

(三) 2016年1月1日前参保的用人单位，其按月累计缴纳的过渡费未超过应缴纳的过渡费总额的，剩余的部分减半执行，用人单位可以选择一次性足额缴纳。

**第二十一条** 用人单位有下列情形之一的，应当及时办理登记手续：

(一) 单位名称、统一社会信用代码(组织机构代码)、法定代表人、地址及联系方式等基本情况发生变化的；

(二) 单位开户银行、户名及账号发生变化的；

(三) 职工调入、调出的；

(四) 招收新参保人员的；

(五) 职工退休、退职的；

(六) 参保人员死亡的；

(七) 参保人员辞职、被辞退、开除、除名、终止或解除劳动合同等情形的；

(八) 法律法规规定的其他事项。

用人单位的申报材料齐备后，按规定办理变更手续。

**第二十二条** 参保人员医疗保险跨统筹地区转出的，参保人员或其所在用人单位应当先到转出地经办机构办理停保手续，存在欠费的应补齐欠费，并按规定提供居民身份证或社保卡申请开具参保凭证。

转出地经办机构应核实参保人在本地的缴费年限和缴费情况，核算个人账户资金，生成并出具参保凭证。

参保人员因特殊原因无法转出的，可将参保人账户中余额一次性结清给本人。

**第二十三条** 参保人员医疗保险跨统筹地区转入的，应按规定参加郑州市职工基本医疗保险，参保人员或其新就业的用人单位应携带本人身份证件或社保卡向经办机构提出转移申请并提供参保凭证，填写《基本医疗保险关系转移接续申请表》。

参保人员医疗保险跨省、市转入的，原参保地实际缴纳职工医疗保险费的年限计入实际缴费年限。

参保人员医疗保险跨省、市转入时，原参保地医疗保险与本地缴费年限有重复的，个人账户余额累计计算，缴费年限不重复计算。

参保人已达到法定退休年龄，且已办理过退休手续的，不再转移基本医疗保险关系。

### 第三章 缴费年限和退休（职）

**第二十四条** 参保人员缴费年限由视同缴费年限和实际缴费年限构成。2000年12月31日以前符合国家、省政策规定的连续工龄为视同缴费年限。2001年1月1日以后实际缴纳职工医保费的年限为实际缴费年限；未缴纳职工医保费的时间，不计入缴费年限。

**第二十五条** 灵活就业人员办理退休手续时，确实无力一次性补齐所差年限职工医保费的，经经办机构同意，可以继续按月缴纳职工医保费至最低缴费年限，期间继续享受在职职工医疗保险待遇；按月缴纳职工医保费达到最低缴费年限的，自次月起享受退休人员职工医保待遇。

灵活就业人员按前款规定继续按月缴纳职工医保费期间，可以一次性补齐所差年限的职工医保费，补缴后享受退休人员职工医保待遇，补缴标准为其补缴当月的缴费基数。补缴费用全部进入统筹基金，不划入个人账户。

**第二十六条** 职工办理退休手续时用人单位欠缴职工医保费的，用人单位应按规定为职工本人一次性补足欠缴的职工医保费，并缴纳滞纳金。

**第二十七条** 用人单位按《办法》第五十条整体补缴应参保未参保期间的职工医保费的，缴费标准按欠缴年度上年度在岗职工月平均工资的 5.6% 执行。

**第二十八条** 《办法》执行后，用人单位参保时，其 2000 年 12 月 31 日（含）前已经退休（职）的人员可直接享受职工医保待遇。2001 年 1 月 1 日（含）后退休（职）人员的缴费年限按《办法》规定执行。

**第二十九条** 以灵活就业人员身份参加职工医保，但未参加职工基本养老保险的人员达到法定退休年龄时，补齐所差年限的职工医保费后，享受退休人员职工医保待遇，不划入个人帐户。

## 第四章 医疗服务和费用结算

**第三十条** 参保人员到定点医疗机构门诊就医或在定点零售药店购药时，发生的符合职工基本医疗保险规定的医疗费用由参保人员凭社会保障卡结算。

**第三十一条** 参保人员住院，凭定点医疗机构经治医生开具的住院证和社会保障卡，办理住院手续。

**第三十二条** 定点医疗机构应当为参保人员提供合理、必要的医疗服务。

**第三十三条** 参保人员在定点医疗机构住院治疗期间，因病情需要确需使用基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录和医疗服务设施范围及支付标准外的项目，要经参保人员本人或家属签字认可。

**第三十四条** 参保人员在定点医疗机构住院，应该由职工医保统筹基金、个人账户、商业补充医疗保险支付的医疗费用，由定点医疗机构记账，经办机构和商业补充医疗保险承办单位应当定期与定点医疗机构结算。应该由个人负担的医疗费用，由个人与定点医疗机构结清。

## 第五章 其他

**第三十五条** 职工医保个人账户支付范围按有关规定执行。

将挂号费纳入职工医保个人账户支付范围。

**第三十六条** 为方便参保人员诊治，符合条件的特殊病人，可以设立家庭病床，管理办法按有关规定执行。

**第三十七条** 符合规定的门诊规定病种和重特大疾病门诊病种，其门诊医疗费用可按一定比例给予补助，管理办法按有关规定执行。

**第三十八条** 参保人员在定点医疗机构进行门诊规定病种和重特大疾病门诊病种门诊诊疗时，医生最长可开具不超过三个月的处方，但不得跨越年度。

**第三十九条** 参保人员急诊、转诊、异地就医管理办法按有关规定执行。

参保人员需转诊转院的应按规定办理转诊转院手续，享受相应的职工基本医疗保险待遇；未按规定办理转诊、异地就医备案手续或未经批准转往本市非定点医疗机构及外地医疗机构住院治疗的医疗费用，按照《郑州市人民政府办公厅关于印发郑州市城镇职工基本医疗保险转诊急诊外地就医管理办法的通知》（郑政办〔2008〕45号）第十一条规定的标准降15个百分点执行。

**第四十条** 参保人员在定点医药机构发生的药品费用、诊疗项目费用、医疗服务设施费用，按基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录和医疗服务设施范围及支付标准有关规定执行；超范围或超标准部分，经办机构不予支付。

**第四十一条** 对定点医药机构的监督管理办法按有关规定执

行。

**第四十二条** 职工基本医疗保险资料应单独存放，按国家档案管理规定执行。

**第四十三条** 实行定点医药机构社会公众评议制度，督促定点医药机构提高服务质量；对定点医药机构的评议意见作为年终评定服务质量的标准之一。

**第四十四条** 建立群众投诉和举报制度，加强对有关单位的监督检查。