

# 郑州市人民政府文件

郑政〔2010〕32号

---

## 郑州市人民政府 关于印发郑州市职工生育保险办法的通知

各县(市、区)人民政府,市人民政府各部门,各有关单位:

现将《郑州市职工生育保险办法》印发给你们,请认真遵照执行。



二〇一〇年十二月

# 郑州市职工生育保险办法

## 第一章 总 则

**第一条** 为保障职工生育和实施计划生育手术期间的基本生活和医疗需求,根据《河南省职工生育保险办法》(河南省人民政府令第115号),结合本市实际,制定本办法。

**第二条** 本市行政区域内的各类企业和国家机关、事业单位、社会团体、民办非企业单位、有雇工的个体工商户(以下统称用人单位)应当依照本办法参加生育保险,为其职工缴纳生育保险费。

**第三条** 人力资源和社会保障行政部门主管生育保险工作,医疗保险经办机构具体经办生育保险业务。

**第四条** 生育保险实行市区和县(市)分别统筹,统一政策,分级经办,社会保险实行市级统筹后,按市级统筹的有关规定执行。

## 第二章 生育保险基金筹集和管理

**第五条** 生育保险基金由下列各项构成:

(一)用人单位缴纳的生育保险费;

- (二)生育保险基金的利息；
- (三)延迟缴纳生育保险费的滞纳金；
- (四)依法纳入生育保险基金的其他资金。

**第六条** 生育保险费用由用人单位缴纳,职工个人不缴费。用人单位以本单位上年度职工月平均工资总额的1%按月缴纳生育保险费。

国家机关和财政全供事业单位按照本单位上年度职工月平均工资总额的0.5%按月缴纳生育保险缴费。生育保险缴费列入财政预算,由财政部门按月拨付给医疗保险经办机构。

**第七条** 生育保险基金收不抵支时,每年透支部分先由各统筹地区生育保险基金的历年结余支付,累计结余不足支付时,由各统筹地区财政解决缺口资金。

**第八条** 生育保险缴费基数按照城镇职工基本医疗保险缴费基数确定,用人单位缴费工资申报、费用缴纳方式及时间、信息变更等事项与基本医疗保险相一致,其档案信息与基本医疗保险实行统一管理。

**第九条** 生育保险费用由医疗保险经办机构按照《社会保险费征缴暂行条例》的规定征缴,用人单位必须如实申报职工人数、工资总额,按时足额缴纳生育保险费。逾期不缴纳的,按日加收千分之二的滞纳金,滞纳金并入生育保险基金。

**第十条** 生育保险费按照“以支定收,收支平衡”的原则筹集。生育保险基金存入财政专户,实行收支两条线管理,专款专用,单

独核算,任何单位和个人不得挤占挪用。

### 第三章 生育保险待遇

**第十一条** 符合人口与计划生育政策规定且用人单位按时足额缴纳生育保险费的女职工生育发生的医疗费,生育保险基金按以下限额标准支付:

(一)产前检查:800元/例;

(二)正常分娩:三类定点医疗机构 2200元/例;二类及以下定点医疗机构 2000元/例;

(三)异常分娩(难产):三类定点医疗机构 2800元/例;二类及以下定点医疗机构 2600元/例;

剖宫产:三类定点医疗机构 4500元/例;二类及以下定点医疗机构 4300元/例;

(四)剖宫产的同时做其他相关妇产科手术 5000元/例,本条第三款规定的费用标准不再支付。

实际医疗费低于上述限额标准的据实支付,实际医疗费高于或等于上述限额标准的,按上述限额标准支付。

**第十二条** 用人单位按时足额缴纳生育保险费的职工,实施计划生育手术发生的医疗费,生育保险基金按以下限额标准支付:

(一)放置、取出宫腔内节育器(含检验费):三类定点医疗机构 150元/例;二类及以下定点医疗机构 130元/例;

(二)输精管结扎术(含检验费):三类定点医疗机构 1200 元/例;二类及以下定点医疗机构 1000 元/例;

(三)输卵管结扎术(含检验费):三类定点医疗机构 2600 元/例;二类及以下定点医疗机构 2400 元/例;

(四)输精(卵)管复通术(含检验费):三类定点医疗机构 4000 元/例;二类及以下定点医疗机构 3800 元/例;

(五)早期妊娠需在门诊终止妊娠(含孕情检查、检验费):三类定点医疗机构 300 元/例(特殊情况除外);二类及以下定点医疗机构 280 元/例;

(六)12 周以上住院终止妊娠:三类定点医疗机构 1000 元/例;二类及以下定点医疗机构 800 元/例;

(七)引产:三类定点医疗机构 1500 元/例;二类及以下定点医疗机构 1300 元/例。

实际医疗费低于上述限额标准的据实支付,实际医疗费高于或等于上述限额标准的,按上述限额标准支付。

**第十三条** 参加生育保险的职工因急诊、急救等在非定点医疗机构生育或实施计划生育手术的医疗费用,符合规定的,按照第十一条、第十二条规定的标准支付。

**第十四条** 符合人口与计划生育政策规定且用人单位按时足额缴纳生育保险费的女职工,因生育引起并发症的医疗费用,在产假期间的住院治疗费用由生育保险基金支付,其符合规定的住院医疗费用按照第十一条的规定支付后的剩余部分,在三类定点医

疗机构就医的支付比例为 80%，在二类及以下定点医疗机构就医的支付比例为 85%。

产假期满后需继续治疗的费用，按照基本医疗保险规定执行。

**第十五条** 用人单位按时足额缴纳生育保险费 1 年以上不满 3 年，与用人单位依法解除或者终止劳动关系后，在 24 个月未就业期间生育或者实施计划生育手术的职工，或用人单位按时足额缴纳生育保险费 3 年以上与用人单位依法解除或者终止劳动关系后未就业的职工，生育或者实施计划生育手术的医疗费用按第十一条、第十二条规定的标准支付。

**第十六条** 用人单位按时足额缴纳生育保险费的男职工，其无工作单位的配偶符合计划生育政策规定生育的，从生育保险基金中支付一次性生育补助金，补助金标准为第十一条规定数额的 50%。

**第十七条** 按 1% 的缴费比例缴纳生育保险费的单位，其女职工符合人口与计划生育政策规定生育或者终止妊娠，在下列法定产假期间由领取工资改为享受生育津贴：

(一) 妊娠满 28 周以上生产或者引产的，享受 90 天的生育津贴；难产的增加 15 天的生育津贴；多胞胎生育的，每多生育 1 个婴儿增加 15 天的生育津贴；晚育的增加 90 天的生育津贴。

(二) 妊娠满 12 周不满 28 周流产、引产的，享受 42 天的生育津贴。

(三) 妊娠满 8 周不满 12 周流产的，享受 30 天的生育津贴。

(四)妊娠不满 8 周流产的,享受 15 天的生育津贴。

生育津贴按日计发,日标准按照女职工所在用人单位申报的本人月缴费工资除以 30 计算,从生育保险基金中支付。生育津贴低于女职工生育或者实施计划生育手术前工资水平的,差额部分由用人单位补足。

**第十八条** 国家机关和财政全供事业单位的女职工生育、终止妊娠,不享受生育津贴,产假期间的工资由用人单位发放。

**第十九条** 职工的产假时间按自然天数计算。

**第二十条** 女职工在异地生育或实施计划生育手术的,其生育津贴按第十七条标准执行。

**第二十一条** 生育津贴原则上由用人单位向医疗保险经办机构申领,一次性生育补助金由本人或其委托人向医疗保险经办机构申领。

申领生育津贴或一次性生育补助金应提交下列材料:

(一)人口与计划生育行政部门出具的生育证明或者实施计划生育手术的证明;

(二)待遇享受人的身份证,受委托代为领取的,提交委托人出具的委托书和受委托人的身份证;

(三)定点医疗机构(含计划生育技术服务机构,下同)出具的婴儿出生、死亡或者流产证明、计划生育手术证明和收费凭证等;

(四)男职工的配偶无工作单位的,提交男职工所在单位及其配偶所在的村(居)民委员会出具的无工作单位的证明;

(五)人力资源和社会保障行政部门和医疗保险经办机构依法规定的其他证明材料。

**第二十二条** 职工自用人单位缴纳生育保险费次月起享受本办法规定的相关待遇。

**第二十三条** 用人单位未按规定参加生育保险的,职工生育期间的有关待遇由用人单位按本办法规定的标准支付。

**第二十四条** 下列生育、计划生育手术医疗费用,生育保险基金不予支付:

(一)不符合计划生育政策规定的;

(二)不符合本市基本医疗保险药品目录、诊疗项目和医疗服务设施项目规定的;

(三)治疗生育合并症的医疗费用;

(四)因医疗事故造成的医疗费用;

(五)治疗不孕症发生的医疗费用;

(六)婴儿发生的各项费用;

(七)实施辅助生殖术(如试管婴儿)发生的医疗费用;

(八)在国外及港、澳、台地区发生的医疗费用;

(九)不属于生育保险医疗服务范围内的医疗费用。

#### **第四章 就医管理和费用结算**

**第二十五条** 生育保险医疗服务实行定点医疗机构协议管

理。医疗保险经办机构应与定点医疗服务机构签订协议,明确双方的责任、权利和义务。

**第二十六条** 女职工怀孕5个月内到医疗保险经办机构办理登记手续,领取生育保险登记卡。办理登记手续应提供以下材料:

- (一)准生证原价和复印件;
- (二)身份证原价和复印件;
- (三)社会保障卡;
- (四)一寸彩色照片一张。

**第二十七条** 参保职工到生育保险定点医疗机构进行产前妊娠诊断、检查、住院分娩、流产、引产或实施计划生育手术的,应持本人社会保障卡、生育保险登记卡,确认生育保险待遇资格。

**第二十八条** 女职工(含男职工配偶)因生育和职工实施计划生育手术发生的在规定支付标准以内的医疗费、按项目支付时应由生育保险基金支付的医疗费和产前检查费由医疗保险经办机构与定点医疗机构结算;超过规定支付标准的、按项目结算时应由个人负担的及其他生育保险基金不予支付的医疗费,由个人支付。

**第二十九条** 生育保险基金按照项目付费方式支付的生育医疗费,参照郑州市城镇职工基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施范围和支付标准的规定执行。

**第三十条** 女职工(含男职工配偶)因生育或职工实施计划生育手术在异地发生的医疗费,以及因急诊、急救(包括出差、探亲、准假外出期间)在非定点医疗机构发生的生育和计划生育手术医

疗费,先由个人垫付后,持原始发票、费用明细、急诊证明、医学证明和计划生育相关证明材料到医疗保险经办机构按规定结算。

## 第五章 监督管理

**第三十一条** 人力资源和社会保障行政部门、财政部门依法对生育保险基金的管理使用情况进行监督检查,审计部门依法对生育保险基金的管理使用情况进行审计。

**第三十二条** 用人单位或职工虚报、冒领生育津贴、生育医疗费、计划生育手术费,或向他人提供社会保障卡、生育保险登记卡造成生育保险基金流失的,由医疗保险经办机构如数追回,并依法追究用人单位、当事人及有关人员的经济责任;构成犯罪的,依法追究刑事责任。

**第三十三条** 生育保险定点医疗机构出具假证明、假票据、伪造或篡改病历等弄虚作假造成生育保险基金流失的,要如数赔偿损失;情节严重的,取消其定点资格。

**第三十四条** 医疗保险经办机构及其工作人员违反有关规定造成生育保险基金流失的,由人力资源和社会保障行政部门追回;情节严重的,给予行政处分;构成犯罪的,依法追究其刑事责任。

**第三十五条** 职工与用人单位发生生育保险待遇方面的争议,按照劳动争议的有关规定处理。

## 第六章 附 则

**第三十六条** 生育保险的缴费比例和生育保险待遇标准,根据经济发展水平和基金承受能力进行适当调整。

**第三十七条** 本办法自 2011 年 1 月 1 日起施行。《郑州市人民政府关于印发郑州市城镇职工生育保险暂行办法的通知》(郑政〔2002〕22 号)同时废止。

**主题词：**劳动 保险 办法 通知

---

主办：市人社局

督办：市政府办公厅二处

---

抄送：市委各部门，郑州警备区。

市人大常委会办公厅，市政协办公厅，市法院，市检察院。

---

郑州市人民政府办公厅

2010年12月13日印发

---