

关于印发宣城市生育保险和职工基本医疗保险合并实施办法的通知

宣医保秘〔2019〕59号

各县市区医保局、财政局、人社局、卫生健康委、税务局、人民银行各县（市）支行：

经市政府常务会议研究同意，现将《宣城市生育保险和职工基本医疗保险合并实施办法》印发给你们，请认真组织实施。

宣城市医保局

2019年11月27日

（此件公开发布）



宣城市生育保险和职工基本医疗保险合并 实施办法

第一章 总则

第一条 为了做好我市生育保险与职工基本医疗保险合并实施工作，按照《中华人民共和国社会保险法》《安徽省职工生育保险暂行规定》等有关法律、法规及政策规定，根据《安徽省医疗保障局 安徽省人力资源和社会保障厅 安徽省财政厅 安徽省卫生健康委员会 国家税务总局安徽省税务局 中国人民银行合肥中心支行关于全面推进生育保险和职工基本医疗保险合并实施的通知》（皖医保发〔2019〕13号）要求，结合我市实际，制定本办法。

第二条 两险合并实施工作，遵循保留险种、保障待遇、统一管理、降低成本的总体思路，推进两项保险合并实施，实现参保同步登记、基金合并运行、征缴管理一致、监督管理统一、待遇标准统一、经办服务一体化。

第三条 生育保险和职工基本医疗保险合并实施的范围和对象包括本市行政区域内的国家机关、事业单位、社会团体、企业、民办非企业单位、有雇工的个体工商户（以下统称用人单位）

及其职（雇）工。

第二章 参保缴费

第四条 参加职工基本医疗保险的单位和在职职工同步参加生育保险。

第五条 合并实施以后的职工基本医疗保险缴费费率，根据生育保险和职工基本医疗保险的缴费比例之和确定。按照收支平衡的原则，根据职工基本医疗保险基金支出情况和生育待遇的需求，确定合并实施以后的职工基本医疗保险缴费费率正常调整。

第六条 两项保险合并实施后，国家机关、事业单位按**6.9%**的费率缴纳职工基本医疗保险费，其他用人单位按**7.0%**的费率缴纳职工基本医疗保险费。

单位职工个人不缴纳生育保险费，仍按**2%**的费率缴纳职工基本医疗保险费。

第七条 参保单位以上年度职工月平均工资为缴费基数。低于全省上年度城镇单位就业人员平均工资**60%**的，按**60%**缴纳；高于全省上年度城镇单位就业人员平均工资**300%**的，按**300%**缴纳。

第三章 待遇标准



第八条 生育保险待遇包括生育医疗费用和生育津贴。

(一) 生育医疗费用包括：

1. 生育的医疗费用；
2. 计划生育的医疗费用；
3. 法律、法规规定的其他项目费用。

(二) 职工有下列情形之一的，可以享受生育津贴：

1. 女职工生育享受产假；
2. 享受计划生育手术休假；
3. 法律、法规规定的其他情形。

第九条 国家机关、事业单位按 **6.9%** 的费率缴纳职工基本医疗保险费，女职工产后享受生育医疗费用定额补贴，不享受生育津贴。

其他用人单位按 **7.0%** 的费率缴纳职工基本医疗保险费，且于女职工产后连续缴费满 **6** 个月的，女职工可正常享受生育保险医疗待遇和生育津贴；女职工产后连续缴费不足 **6** 个月的，女职工可正常享受生育保险医疗待遇，按参保单位实际缴费月数计发生育津贴。

灵活就业人员参加职工基本医疗保险，只享受生育医疗费用待遇，不享受生育津贴待遇。

第十条 参保单位男职工未就业配偶享受生育医疗费用待



遇，在享受城乡居民基本医疗保险相应生育医疗待遇后，按照定额补差的方式支付生育医疗费用待遇。

第十一条 生育津贴按照职工所在用人单位上年度职工月平均工资计发。

生育津贴的发放标准按月执行：

（一）女职工怀孕 3 个月（不含 3 个月）以下流产的，享受一个月生育津贴；

（二）女职工怀孕 3 个月（含 3 个月）以上 7 个月（不含 7 个月）以下流产、引产的，享受一个半月生育津贴；

（三）女职工怀孕 7 个月（含 7 个月）以上引产的，享受三个月生育津贴；

（四）女职工顺产的，享受五个月生育津贴；剖腹产的，增加半个月生育津贴；多胞胎生育的，每多生育一个婴儿，增加半个月的生育津贴。

第十二条 参保人员符合计生政策规定生育、实施计划生育手术的，生育保险基金按以下定额补贴标准支付相关生育医疗费用，超过定额标准的费用由本人支付。

（一）顺产：1000 元；

（二）难产：1400 元；

（三）剖宫产：2400 元；



- (四) 妊娠 4 个月以上流产 (含人工流产) : 360 元;
- (五) 妊娠 4 个月以下流产 (含人工流产) : 105 元;
- (六) 放置或取出宫内节育器 (含宫内节育器) : 70 元;
- (七) 输卵管结扎术: 185 元;
- (八) 输精管结扎术: 180 元;
- (九) 产前检查: 400 元。

第十三条 参保人员因生育引起合并症和并发症的住院医疗费用, 按照职工基本医疗保险有关规定执行。

第四章 医疗服务管理

第十四条 参保人员在市外定点医疗机构生育的, 按照医疗保险相关政策办理备案手续, 于生产后携相关材料至参保地经办机构进行申报; 参保人员在异地定点医疗机构生育并伴有并发症的, 按照医疗保险相关政策办理备案手续, 按照医疗保险相关政策进行报销。

第十五条 申领生育保险待遇时需提供下列资料:

- (一) 符合法律、法规规定生育的有关材料;
- (二) 身份证 (复印件);
- (三) 医疗机构出具的有关医学证明 (婴儿出生证明及参保人员出院记录、发票等)。

第五章 业务经办管理

第十六条 参保人员的生育保险待遇审核支付工作,根据属地管理原则,由市本级、各县(市、区)经办机构负责。

第十七条 生育保险和职工基本医疗保险合并实施后实行统一定点医疗服务管理。市本级、各县(市、区)经办机构与定点医疗机构签订服务协议时,增加生育医疗服务协议管理内容。

第六章 基金帐户管理

第十八条 撤销原生育保险基金财政专户、收入户、支出户,并入职工基本医疗保险财政专户、收入户、支出户。不再单列生育保险基金收入,在职工基本医疗保险基金待遇支出中增设生育待遇支出项目。

第十九条 建立健全基金风险预警机制,坚持基金运行情况公开,加强内部控制,确保基金安全运行。

第七章 附则

第二十条 本办法由市医疗保障局负责解释。

第二十一条 本办法自 2019 年 12 月 1 日起实施。原有政策规定与本办法不一致的,以本办法为准。