

湘潭市总工会办公室文件

潭工办发〔2025〕4号

湘潭市总工会办公室 关于开展湘潭市第五期职工医疗互助 大病关爱行动的通知

各县市区（园区）工会，市直各产业系统工会，市总各直属企事业单位工会：

为深入学习贯彻党的二十届三中全会精神，全面落实《2025 年全省重点民生实事项目实施意见》（湘办发电〔2025〕13 号）文件要求，经研究，决定在全市范围继续开展第五期职工医疗互助大病关爱行动，现将有关事项通知如下：

一、关爱对象

职工医疗互助大病关爱行动补助对象需满足下列条件：

（一）已参加本市第十一期（2024 年度）职工医疗互助活动的职工；

（二）职工个人患重特大疾病、罕见病或者其他住院医疗费用较大的疾病，在 2024 年 1 月 1 日至 2024 年 12 月 31 日期间（以出院时间为准），累计住院治疗费用经过医疗保险报销、职工医疗互助活动补助以及工会其他帮扶和社会救助后，个人自付治疗费用超过两万（含两万元）。

（三）有下列情形之一的，不纳入此次帮扶范围：

- 1.未参加第十一期（2024 年度）职工医疗互助活动的；
- 2.《湘潭市工会第十一期职工医疗互助活动实施方案》（潭工发〔2023〕27 号）第十五条规定不予报销的；
- 3.医疗保障部门规定不予报销医疗费用的；
- 4.法律、法规、规章规定不予帮扶补助的；
- 5.不按要求提供申请材料，拒绝核实情况，隐瞒或不提供证明材料，出具虚假证明的。

二、补助标准

（一）个人自付治疗费用超过两万元（含）、不足三万元的，按照 3000 元的标准给予补助；

（二）个人自付治疗费用超过三万元（含）、不足五万元的，按照 4000 元的标准给予补助；

（三）个人自付治疗费用超过五万元（含）、不足十万元的，按照 6000 元的标准给予补助；

(四)个人自付治疗费用超过十万元(含)的,按照 10000 元的标准给予补助。

三、补助流程

(一) **申请** 符合大病关爱条件的补助对象向所在基层工会提出书面申请,填写《职工医疗互助大病关爱补助申请审批表》,并提供相关资料;

(二) **预审** 所在单位工会对申请人提交的申请进行调查核实和资料核查,符合条件的,按照工会隶属关系报上一级工会,县市区(园区)工会对所属基层工会上报的材料进行预审;

(三) **审核** 湘潭市困难职工帮扶中心对县市区(园区)工会、市总直属工会预审后的申报对象进行审核;

(四) **审批和发放** 湘潭市困难职工帮扶中心根据资金预算额度和申请发放对象人数制定方案,提交市总党组会审议后,进行不少于 5 个工作日的公示。对公示无异议的,经审批后,通过银行转账方式发放职工医疗互助大病关爱补助资金。

四、补助申请材料清单

(一)符合申报条件的人员需提供以下材料:

- 1.职工向所在基层工会提出个人书面申请;
- 2.《职工医疗互助大病关爱补助申请审批表》(附件 1);
- 3.职工医疗互助申请单(湖南省职工医疗互助信息管理系统内查询、打印);
- 4.申请人身份证及建设银行借记卡复印件;

5.社会救助情况及其他补充材料。

(二) 如有下列情况, 需按要求提供相关材料:

1.因超过医疗互助活动实施办法规定的 180 天申报期, 而未能在医疗互助系统申报补助金或超过医保报销额度的, 需提供住院结算单和住院发票的原件和复印件(发票原件经审核后退还给申请人)。

2.申请人已身故的, 需由单位或社区开具指定受益人说明。由指定受益人进行申请并提供以下证明材料: 死亡证明、受益人与申请人关系证明、受益人身份证复印件、受益人银行卡复印件。

五、工作要求

(一) **提高认识, 高度重视。**各级工会要充分认识职工医疗互助大病关爱行动的重要性, 作为维护职工合法权益、竭诚服务职工群众, 不断提升职工群众的获得感、幸福感的重要举措。要做到思想认识到位、组织发动到位、工作措施到位, 切实传递党和政府、工会组织的关怀温暖。

(二) **严格把关, 确保实效。**各级工会开展职工大病关爱行动要坚持公开、公平和公正的原则, 要严格执行帮扶标准, 认真把好审核关口, 切实履行帮扶相关程序, 主动接受职工群众和社会的监督, 严禁徇私舞弊、弄虚作假、优亲厚友。对违规违法行为问题线索, 市总工会将移交纪检监察部门查处。

(三) **加强宣传, 积极引导。**各级工会要充分利用互联网、电视报刊等新闻媒体, 向社会广泛宣传湘潭市总工会职工医疗

互助和大病关爱行动的惠民政策及典型案例，提高职工群众知晓率。及时总结经验，不断推广典型，充分发挥宣传引导作用。

请各级工会于2025年7月1日前，将申报医疗互助大病关爱行动所需资料报送至市总工会困难职工帮扶中心，窗口审核通过后，将《职工医疗互助大病关爱行动拟补助对象实名制汇总表》（附件2）电子档发送至医疗互助指定邮箱。

如若逾期，视同放弃，不予受理。

联系人及咨询电话：楚亮 0731-58210313，邮箱：
zgyh210@163.com。

附件：1.《职工医疗互助大病关爱行动补助申请审批表》
2.《职工医疗互助大病关爱行动拟补助对象实名制
汇总表》


湘潭市总工会办公室
2025年5月27日

附件 1

职工医疗互助大病关爱行动补助申请审批表

姓 名		性 别		年 龄	
工作单位				联系电话	
身份证 号码					
确诊疾病 名称		2024 年度 住院治疗 总费用 (元) ①		2024 年度 医保报销 总费用 (元) ②	
2024 年度 职工医疗 互助补助 资金(元) ③		2024 年度 工会帮扶 资金(元) ④		2024 年度 社会救助 资金(元) ⑤	
2024 年度各项补助后的个人自付费用(元)			(计算公式=①-②-③-④-⑤)		
患病情况 及家庭 主要情况					

本人承诺	本人不存在《关于开展湘潭市第五期职工医疗互助大病关爱行动的通知》中规定不予补助的有关情形，本人承诺提供的全部信息真实无误，并愿意配合提供相关证明资料。 申请人（签名）： 年 月 日
基层工会 核查意见	（公章+负责人签字）： 年 月 日
上级工会 核查意见	（公章+负责人签字）： 年 月 日
湘潭市总 工会困难 职工帮扶 中心审核 意见	（公章+负责人签字）： 年 月 日

附件 2

职工医疗互助大病关爱行动拟补助对象实名制汇总表

填报单位：（公章）

填报时间：

联系人及电话：

序号	姓名	身份证	联系电话	疾病 病种	2024 年度各 项补助后的 个人自付费 用（元）	开户银行	银行卡号	备注

备注：请各单位工会预审、汇总无误后，发送至医疗互助邮箱（zgyh210@163.com）。

湘潭市总工会办公室

2025 年 5 月 27 日印发
