湖北省医疗保障局办公室文件

鄂医保办〔2026〕16号

省医疗保障局办公室关于印发《湖北省医疗救助经办服务规程》的通知

各市、州、直管市及神农架林区医疗保障局：

现将《湖北省医疗救助经办服务规程》印发给你们，请遵照执行。

湖北省医疗保障局办公室

2026年9月14日

（此件公开发布）

湖北省医疗救助经办服务规程

第一章　总则

第一条　根据《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》（国办发〔2021〕42号）、《国家医保局办公室　农业农村部办公厅关于更好保障困难群众医疗保障权益 进一步做好就医服务管理工作的通知》（医保办发〔2024〕28号）、《财政部　国家医保局关于修订<城乡医疗救助基金管理办法>的通知》（财社〔2025〕1号）、《国家医疗保障局办公室关于印发<医疗救助经办规程（试行）>的通知》（医保办发〔2024〕35号）、《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》（鄂政办发〔2022〕35号）、《省医疗保障局　省民政厅　省财政厅　省农业农村厅　省卫生健康委　国家税务总局湖北省税务局关于做好常态化医疗保障帮扶工作的实施意见》（鄂医保发〔2026〕24号）等文件制定本规程。

第二条　本规程适用于各级医保经办机构办理医疗救助相关业务。

第三条　医疗救助经办服务应遵循以下基本原则：

（一）公开透明。公开救助政策、经办程序，主动接受群众和社会监督。

（二）方便快捷。优化救助流程，简化结算程序，加快信息

化建设，增强救助时效，使困难群众及时得到有效救助。

（三）高效协同。加强与各相关部门衔接，推动医疗救助人员信息实时交互共享和医疗救助业务高效协同办理。

第四条 医疗救助对象包括：

（一）特困人员（含孤儿）；

（二）最低生活保障对象（以下简称低保对象）；

（三）最低生活保障边缘家庭成员（以下简称低保边缘家庭成员）；

（四）防止返贫致贫对象；

（五）刚性支出困难家庭成员中符合条件的大病患者（即因病致贫重病患者）；

县级以上地方人民政府规定的其他特殊困难人员，按上述救助对象类别给予相应救助。

第五条 医疗救助主要内容：

（一）参保缴费资助。对符合规定的医疗救助对象参加居民医保个人缴费部分给予分类资助。

（二）医疗费用救助。对医疗救助对象在定点医药机构发生的门诊慢特病和住院费用，经基本医保、大病保险（含城乡居民大病保险和职工大额医疗费用补助，下同）支付后个人自付的政策范围内医疗费用按相关政策给予救助。医疗费用救助包括基本救助和倾斜救助。对医疗救助对象身份认定前发生的住院等高额医疗费用，按统筹地区相关政策给予身份认定前医疗费用救助。

第二章　参保缴费资助

第六条　原则上资助参保医疗救助对象应在身份认定地参加居民医保。

第七条　医疗救助对象参保缴费资助应遵循以下原则：

（一）医疗救助对象为特困人员（含孤儿）、低保对象、防止返贫致贫对象等单一资助参保身份的，参加居民医保优先由医疗救助基金资助参保。

（二）同一参保群众具有多重特殊人员身份的，按照就高不就低原则，由居民医保年度个人缴费资助标准最高的部门资助参保，避免多部门和重复资助。

（三）具有多重特殊人员身份且资助参保标准与救助对象身份相同的，优先由医疗救助基金资助参保。

（四）在认定地外的省内其他统筹地区参加居民医保的，由认定地按本地救助对象身份资助标准资助。在省外参加居民医保的，经参保人申请后，按身份认定地医疗救助对象身份资助标准资助。

（五）医疗救助对象在参保地已享受参保资助的，不再享受身份认定地参保资助政策。

第八条　资助参保通过以下方式进行：

（一）核定资助。县级经办机构在省医保信息平台标识医疗救助对象身份，医疗救助对象按照资助标准最高的身份（即最优身份），缴纳个人缴费标准差额部分。

（二）退返资助。医疗救助对象已全额缴费参保，按政策规定应享受资助参保的，由相关部门将资助参保标准金额拨付至救助对象银行账户内。

第九条 医疗救助对象为出生当年免缴居民医保费的新生儿，参加职工基本医疗保险，参军、服刑、纳入封闭运行企业或单位内部医疗保险，失联、出国的，认定地不予参保缴费资助。

第十条 参保关系衔接过程中参保缴费资助相关规定：

（一）医疗救助对象已资助参加居民医保，进入待遇享受期后，转为参加职工医保的，已资助参保个人缴费部分不予退回。

（二）医疗救助对象参加职工医保断缴或停保后，当年转为参加居民医保的，享受本年度资助参保政策，按照最优身份资助参保。

（三）医疗救助对象中当年退役军人、刑满释放人员和动态新增未参保人员，参加居民医保且符合资助参保条件的，按照最优身份资助参保。

（四）医疗救助对象已参保缴费的，本缴费年度内身份发生变更，无需按原身份退费后按新身份资助参保。

第十一条 集中征缴期后新增医疗救助对象参保要求：

（一）集中征缴期后新纳入的医疗救助对象，个人已缴费参保的，从确定救助身份次年开始享受资助参保，当年不享受资助参保。

（二）符合资助参保条件的医疗救助对象，在身份认定前未

参保的，落实资助参保政策，实行随参随缴。

第三章　待遇核定

第十二条　医疗救助对象因以下情况发生的医疗费用，原则上不纳入医疗救助（含身份认定前医疗费用救助）保障范围。

（一）未参加基本医疗保险；

（二）应当从工伤保险基金中支付的；

（三）应当由第三人负担的；

（四）应当由公共卫生负担的；

（五）在境外就医的；

（六）政策规定其他不纳入救助范围的。

第十三条　医疗救助待遇享受起止时间：

（一）新增医疗救助对象参保缴费日期在身份认定日期之前，存在待遇等待期的，自身份认定之日起享受基本医保待遇，自身份认定之日次月1日起享受医疗救助待遇。

（二）新增医疗救助对象参保缴费日期在身份认定日期之后，且为同月的，自参保缴费之日起享受基本医保待遇，自身份认定之日次月1日起享受医疗救助待遇。

（三）新增医疗救助对象参保缴费日期在身份认定日期次月及之后的，自参保缴费之日享受基本医保及医疗救助待遇。

（四）动态调出医疗救助对象自救助对象身份退出次月1日起停止享受医疗救助待遇，其身份标识截止日期为当月最后1日。

（五）特困人员、孤儿、低保对象、防止返贫致贫对象未在居民医保集中征缴期内参保缴费或上一年度未参保缴费的，不设置待遇等待期。

（六）集中征缴期外全额资助参保的医疗救助对象，不受核定缴费影响，从身份认定次月1日起享受医疗救助待遇。

（七）若认定部门未提供医疗救助对象身份认定日期的，可用人员名单数据交换时间替代身份认定时间，确保救助对象待遇享受。

第十四条 医疗救助定点医疗机构：

（一）在医疗保障定点医疗机构范围内，选择技术条件好、服务质量优的医疗机构作为医疗救助定点医疗机构，对救助对象就医实行单独定点。医疗救助定点医疗机构全省互认。

（二）原则上每个市（州）、县（市、区）选取1–2家医院，每个街道（乡镇）选取1个社区卫生服务中心（乡镇卫生院）作为医疗救助定点医疗机构。

（三）根据精神病、传染病等专科需求，选择必要的专科医院作为医疗救助定点医疗机构。

（四）医保经办机构对医疗救助定点医疗机构协议维护情况进行审核确认。

第十五条 规范住院转诊：

按照“大病不出省，一般病在市县解决，日常疾病在基层解决”的原则，医疗救助对象需规范转诊就医。

（一）医疗救助对象应先到市域内医疗救助定点医疗机构就医住院。因病情需求，由市域内二级及以上医疗救助定点医疗机构开具转诊单，通过办理异地转诊就医备案，医疗救助对象可到市域外医疗救助定点医疗机构住院治疗，享受医疗救助待遇。

（二）未按规定转诊的，所发生的医疗费用原则上不纳入医疗救助范围。按规定办理转诊的医疗救助对象转诊到非医疗救助定点医疗机构就医，救助比例降低10个百分点。

（三）医疗救助对象在省内就医地已办理异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员异地就医备案的，备案有效期内，在就医地市域内医疗救助定点医疗机构就医时，视同已办理转诊正常享受医疗救助待遇。

（四）医疗救助对象急诊住院治疗的，可根据实际情况选择医疗机构就医，不受医疗救助定点医疗机构规范转诊的限制。

（五）医疗救助对象在省外参保、省内参保办理省外异地长期类备案及转诊到省外就医的，不享受倾斜救助。

（六）各地可针对偏远山区老年救助对象，探索建立首次未规范转诊容错机制，确保政策精准实施，降低群众负担。

第十六条 已参保医疗救助对象住院期间身份变更情况处理：

（一）入院登记时为医疗救助对象，住院期间医疗救助对象类别发生变更的，省医保信息平台按照出院登记时的身份结算医疗费用，省内住院享受“一站式”结算。

（二）入院登记时为医疗救助对象，出院登记时医疗救助身份取消的，省医保信息平台读取入院登记时的身份结算医疗费用，省内住院享受“一站式”结算。

（三）以普通参保患者身份入院，住院期间身份变更为救助对象的，出院登记时已标识医疗救助身份，省内住院享受“一站式”结算；未标识身份的，凭有关资料到身份认定地医保经办机构申请手工（零星）报销。本次住院政策范围外费用超过规定比例部分不由定点医疗机构承担。

（四）出院登记后延期结算医疗费用的，以出院登记或入院登记时间判断医疗救助对象身份，不以出院结算时间判断医疗救助对象身份。

第十七条 各统筹地区应为医疗救助对象设定一个年度内医疗救助基金最高支付限额。门诊慢特病医疗救助和住院医疗救助共用年度医疗救助限额。

第十八条 医疗救助对象在医疗救助定点医药机构规范就医，所发生的门诊慢特病和住院费用，申请医疗救助对象手工（零星）报销，按费用发生时目录范围和报销时待遇支付标准执行。

第四章 费用结算

第十九条 就医“一站式”结算：

（一）医疗救助对象参保地和认定地为同一县（市、区），经规范转诊，在省内医疗救助定点医药机构就医，享受基本医疗、

大病（大额）保险和医疗救助“一站式”结算（以下简称“一站式”结算）。

（二）医疗救助对象参保地和认定地不一致，但属于同一市（州）不同县（市、区），经规范转诊，在省内医疗救助定点医疗机构就医，实现身份互认，享受“一站式”结算。定点医疗机构垫付的医疗救助基金，由参保地医保部门先行划拨给定点医疗机构，再按市级医保部门规定的办法予以清算。

第二十条 具有多重救助身份的，在一个住院周期内按照“就高不就低”原则，在结算医疗费用时以救助待遇最高的身份，统一计算基本医疗、大病保险和医疗救助支付金额。

第二十一条 手工（零星）报销规定：

医疗救助对象在认定地市域外参保、在省外就医及其他原因未享受“一站式”结算的，需回认定地申请办理医疗救助结算。

（一）医疗救助对象参保地和认定地为同一县（市、区），且已在省医保信息平台标识医疗救助身份，就医结算时全额垫付合规医疗费用的，参保地按照“医疗费用手工（零星）报销”流程办理三重保障制度结算；已经办理基本医疗和大病保险结算的，回认定地申请医疗救助报销。

（二）医疗救助对象参保地和认定地为同一县（市、区），因部门间信息共享时间差等原因，未在省医保信息平台标识医疗救助身份，就医结算时全额垫付合规医疗费用的，参保地核实身份后，在省医保信息平台标识救助身份，再按照“医疗费用手工

（零星）报销”流程办理三重保障制度结算；已经办理基本医疗和大病保险结算的，回认定地申请医疗救助报销。

（三）医疗救助对象参保地和认定地不一致，但属于同一市（州）不同县（市、区），且在省医保信息平台标识有救助身份，就医结算时全额垫付合规医疗费用的，参保地按照“医疗费用手工（零星）报销”流程办理三重保障制度结算，先行支付给救助对象，再按市级医保部门规定的办法清算医疗救助基金；已经办理基本医疗和大病保险结算的，回认定地申请医疗救助报销。

（四）医疗救助对象参保地和认定地不一致，但属于同一市（州）不同县（市、区），因部门间信息共享时间差等原因，未在省医保信息平台标识医疗救助身份，就医结算时全额垫付合规医疗费用的，由参保地按照“医疗费用手工（零星）报销”流程办理基本医疗、大病保险结算；已经办理基本医疗和大病保险结算的，回认定地申请医疗救助报销。

（五）医疗救助对象参保地和认定地不一致，且分属于不同市（州），就医结算时全额垫付合规医疗费用的，由参保地按照“医疗费用手工（零星）报销”流程办理基本医疗、大病保险结算，再回认定地申请医疗救助报销；已经办理基本医疗和大病保险结算的，回认定地申请医疗救助报销。

第二十二条 医疗救助对象手工（零星）报销流程：

（一）所需资料

1.有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡；

2. 基本医保、补充医保报销后的结算单、定点医疗机构处方底方或定点零售药店购药发票；

3.《湖北省医疗救助申请表》。

与其他费用合并支付的一次性提供材料。

（二）办理流程

1. 线上办理

业务申请。申请人通过线上办理渠道填写相关信息，提交医疗救助对象手工（零星）报销材料电子版，推送医疗保障经办机构受理，并邮寄纸质资料到救助身份认定地经办机构。

业务受理。①核对网上申报材料是否齐全完整有效；②不符合条件的不予受理，并一次性告知原因。

业务审核。①审核材料是否合法合规；②审核是否符合办理条件；③审核不通过的，一次性告知原因。

费用拨付及办结反馈。根据审核结果办理医疗救助对象手工（零星）报销，告知办理结果。

2. 现场办理

业务申请。申请人携带救助对象身份证明和经基本医保、补充医保等报销后的结算单、定点医疗机构处方底方或定点药店购药发票等材料，向户籍地（身份认定地）医疗保障经办机构申请办理医疗救助对象手工（零星）报销。

业务受理。①核对材料是否齐全完整有效；②不符合条件的不予受理，并一次性告知原因。

业务审核。①审核材料是否合法合规；②审核是否符合办理条件；③审核不通过的，一次性告知原因。

费用拨付及办结反馈。根据审核结果办理医疗救助对象手工（零星）报销，告知办理结果。

（三）办理时限。认定地经办机构受理申请后，30个工作日内办结。

第二十三条 其他保障制度（措施）未与医保信息平台对接的，医疗救助在商业保险、慈善救助、优抚补助、工会帮扶等相关部门给予的医疗补助（赔付）之前支付。

医疗救助对象办理医疗救助对象手工（零星）报销或身份认定前医疗费用救助时，已获得相关部门给予的医疗费用补助（赔付）的，其补助（赔付）金额应予以扣减。扣减办法为：其他保障补助（赔付）先扣减本次医疗费用中政策范围外个人自负费用，再扣减政策范围内费用，剩余政策范围内费用纳入医疗救助范围。

第二十四条 医保部门可根据工作量、专业性和成效等购买社会力量参与一体化经办服务。购买经办服务费用，不得从医疗救助基金中列支。

第五章 身份认定前医疗费用救助

第二十五条 对医疗救助对象身份认定前12个月内至身份认定当月发生的住院等高额医疗费用，经基本医保、大病保险等

报销后，剩余政策范围内医疗费用，经本人申请后，按统筹区规定给予一次性医疗救助。

（一）追溯时限内发生的医疗费用，已享受过医疗救助报销的，该次就医购药报销后剩余政策范围内医疗费用不纳入身份认定前医疗费用救助报销累计。

（二）一个自然年度内医疗救助身份反复取消、认定、新增的，只享受一次身份认定前医疗费用救助。

（三）身份认定前医疗费用救助纳入身份认定当年医疗救助年度限额一并计算。

第二十六条 身份认定前医疗费用救助需提供以下申报材料：

（一）参保地与认定地一致：

1. 有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡；

2.《湖北省身份认定前医疗费用救助申请表》；

3. 医疗救助对象银行账户资料（非救助对象本人办理的，需提供代办人身份证复印件及银行账户信息）。

（二）参保地与认定地不一致：

1. 有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡；

2.《湖北省身份认定前医疗费用救助申请表》；

3. 发票原件或复印件及结算单或分割单；

4. 出院小结；

5. 医疗救助对象银行账户资料（非救助对象本人办理的，需

提供代办人身份证复印件及银行账户信息）。

第二十七条 经办流程如下：

（一）申请受理。申请对象本人或委托人向户籍地(身份认定地)所在县（市、区）、乡镇（街道）政务服务中心或村（社区）服务窗口提出书面申请，经办人员应检查材料完整性、有效性和合规性，通过省医保信息平台基层网厅“身份认定前医疗费用救助”模块录入相关信息，并上传相关材料；对材料不齐全的一次性告知需补正材料。

线上可通过“湖北医疗保障”微信或支付宝小程序、鄂汇办APP“医保专区”等渠道申请，填写《身份认定前医疗费用救助申请表》并上传相关材料。

（二）业务审核。经办人员对上传的申请材料的完整性、有效性及合规性进行审核，核实申请人就医情况，核实身份认定前医疗费用救助金额。审核通过的进行待遇结算；审核不通过的，一次性告知原因。

（三）待遇发放。各地应通过省医保信息平台业财子系统，据实将救助基金拨付至申请人指定的银行账户。申请人可通过“湖北医疗保障”微信或支付宝小程序、鄂汇办APP“医保专区”等线上渠道查看办理结果。

（四）办理时限。认定地经办机构受理申请后，15个工作日内完成审核，30个工作日内办结。

第二十八条 医疗救助对象需在确定身份后1年内对其身

份认定前的高额医疗费用申请医疗救助。提交申请资料后，医疗救助身份取消的，原则上认定前的高额医疗费用可以享受医疗救助。医疗救助对象死亡12个月以上的，不再对其身份认定前的高额医疗费用进行救助。

第二十九条 救助对象具有多重救助身份的，对身份认定前的高额医疗费用申请医疗救助时，按照最早确定的救助身份享受待遇；提交申请资料后，医疗救助对象类别发生变更的，按提交申请时医疗救助类别确定救助标准，按该身份认定时间推算追溯时间。

第六章 信息及系统管理

第三十条 医保部门应加强与医疗救助对象身份认定部门衔接，增强身份信息的准确性和完整性。医保部门要加强医疗救助对象信息管理，经办部门应按照全省统一的医疗救助对象身份类别编码（见附件2），及时在省医保信息平台为新增医疗救助对象添加身份标识，为退出人员变更身份有效期，取消身份标识。

第三十一条 积极推进医疗救助对象身份信息省级层面交换、共享。各级医保经办机构应督促医疗救助对象身份认定部门每月底提供新增减员名单，并在当月底标识和取消相关人员身份标识。

各级经办机构要定期核查比对医疗救助对象参保情况，全面排查疑似未参保人员，重点排查未在认定地参保和关系转移接续

人员参保及资助政策享受情况，加大对疑似未参保人员的宣传动员，提高参保积极性。

第三十二条 医疗救助对象在认定地所属市（州）其他县（市、区）参保的，由认定地或参保地进行身份认定和取消。医疗救助对象统筹地区外参保的，应摸清底数，将相关信息填入“采集模块”，用于医疗救助对象手工（零星）报销身份查询等业务办理。

医疗救助对象变更到统筹地区外参保的，医疗救助身份不转移，医疗救助待遇在身份认定地享受，回认定地申请医疗救助报销。

第三十三条 省医保信息平台在集中征缴期开始前向税务部门集中推送一次“个人缴费最优身份”信息，后续特殊人员身份新增或身份变化的，标识后每日定时集中推送至税务，次日即可在税务端显示更改后的缴费档次。特殊人员身份取消的，使用“城乡居民集中缴费期税务缴费身份零星推送”功能推送后即可在税务端显示普通人员缴费档次。

医疗救助人员已缴费或进入待遇享受期后本年度不再向税务部门推送身份变更或取消信息。

第三十四条 每月15日前，各县级医保部门将达到防止因病返贫和防止因病致贫预警条件的参保人员信息报送给民政和农业农村部门。每季度次月5日前，将达到因病致贫重病患者预警条件的参保人员信息推送给民政部门。

第三十五条 医疗救助对象需办理异地就医备案的，可线下在医保经办窗口，也可通过“湖北医疗保障”微信或支付宝小程序、鄂汇办APP“医保专区”、国家医保服务平台APP等线上途径办理。

第七章 基金管理

第三十六条 城乡医疗救助基金纳入社会保障基金财政专户（以下简称社保基金专户），实行分账核算、专项管理、专款专用。设立基金的县级及以上统筹区在社保基金专户中建立“城乡医疗救助基金专账”，用于办理基金的筹集、核拨、支付等业务。也可开设城乡医疗救助基金支出户（以下简称支出户），用于医疗救助资金拨付。任何单位和个人不得截留、挤占、挪用城乡医疗救助基金。

第三十七条 县级医保部门应按照上年度医疗救助基金支出情况，综合医疗救助基金结余、救助对象人数、医疗费用增长等因素，科学编制下年度医疗救助基金预算。

第三十八条 各地医保部门根据认定部门提供的下年度资助参保人数，做好资助参保资金申报工作。医疗救助基金资助参保的救助对象所需资助参保资金由县级医保部门负责申报；非医疗救助基金资助参保的医疗救助对象所需资助参保资金由各县级认定部门负责申报。

第三十九条 用于资助参保的医疗救助资金由医保部门将确认符合资助参保条件的人数、资助标准以及所需资助参保资金

提供给同级财政部门，经同级财政部门审核后，于当年6月30日前，从社保基金专户中的“城乡医疗救助基金专账”中将相关资助资金核拨至城乡居民基本医疗保险基金。

用于医疗费用救助的医疗救助资金由医保部门向同级财政部门提交拨款申请，经同级财政部门审核后，从“城乡医疗救助基金专账”中将相关救助资金核拨至同级支出户，由各级医保部门支付定点医疗机构、定点零售药店或医疗救助对象。实行社保基金专户“城乡医疗救助基金专账”直接支付的地区，由“城乡医疗救助基金专账”直接拨付到定点医疗机构、定点零售药店或医疗救助对象。

集中供养的孤儿和特困人员，医疗费用由供养单位支付的，就医报销的医疗救助费用拨付给供养单位。

第四十条 统筹地区医保、财政部门应定期开展社保基金专户“城乡医疗救助基金专账”和支出户的对账工作，确保账目核对一致。

第四十一条 各级医保部门对定点医药机构发生的医疗救助费用，按照基本医保费用结算清算办法和经办流程执行。

第四十二条 各级医保行政部门和财政部门要定期对城乡医疗救助基金使用情况进行监督检查，并自觉接受审计、监察等部门的监督。

第八章 监督管理

第四十三条 各地医保部门应对医疗救助工作开展情况加

强内部控制管理，实现事前提示、事中预警、事后监督全过程监管。建立符合医疗救助工作特点的核查监督机制，对开展医疗救助服务的定点医疗机构实行重点监控。

第四十四条 各地医保部门要加强医疗救助定点医疗机构协议管理，明确针对性的绩效考核指标，强化考核结果运用。

第四十五条 各统筹地区医保部门应按季度将城乡医疗救助基金的筹集和使用情况通过网站、公告等形式向社会公布，接受社会监督。

第四十六条 任何单位和个人采取虚假、隐瞒、伪造等手段，骗取医疗救助基金的，按照《社会救助暂行办法》（国务院令第649号）、《医疗保障基金使用监督管理条例》（国务院令第735号）等有关规定予以查处；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第九章 附则

第四十七条 本规程由湖北省医疗保障局负责解释，2026年11月1日起执行。

第四十八条 各市（州）遵照执行。现有医疗救助经办工作与本规程不符的，从本规程；国家、省级有新规定的，从其规定。

附件：1. 系统操作指南

2. 部分困难人员身份编码对照表

3. 湖北省医疗救助申请表

4. 湖北省身份认定前医疗费用救助申请表

附件 1

系统操作指南

1.身份标识与取消。省医保信息平台“医保业务基础（公共）—参保管理—城乡居民参保人员管理—城乡居民特殊身份登记”模块的“身份认定信息”栏目认定和取消正常参加居民医保的医疗救助对象身份；在“医保业务基础（公共）—参保管理—参保人员管理—特殊身份认定”模块的“身份认定信息”栏目认定和取消正常参加职工医保的医疗救助对象身份。具有多个医疗救助对象身份的需在医保信息平台内认定多个身份标识。

2.身份有效期设置。“医保业务基础（公共）—参保管理—城乡居民参保人员管理—城乡居民特殊身份登记”模块填写“人员基本信息”，按认定部门提供的医疗救助对象信息填写“身份认定信息”，其中“开始时间”录入为身份认定之日次月1日，“结束时间”录入为身份退出当月月末。

3.缴费征缴单生成。在“医保业务基础（公共）—缴费管理—城乡居民缴费管理—城乡居民补缴”模块，输入身份证号码并选定年度，生成征集单，再进入“医保业务基础（公共）—综合查询—人员综合查询—居民缴费信息查询”，核对缴费金额信息无误后由医疗救助对象按规定程序缴费。

4.医疗救助定点医疗机构贯标。医疗救助定点医疗机构通过“国家医疗保障信息业务标准数据库动态维护平台”—“协议信

息”—“协议服务范围”内勾选“医疗救助定点”。医保经办机构对其协议维护情况进行审核确认。维护无误的确认通过即可，维护有误的，由经办机构根据实际协议服务范围进行修改。

5.医疗救助定点医疗机构附加属性。经办人员应根据医疗救助定点医疗机构名单，在“省医保信息平台”—“医保业务基础（待遇）”—“定点协议管理”—“定点医药机构管理”—“附加属性管理”—“附加属性维护”—“附加属性类别”—勾选“医疗救助定点医疗机构标志”。

6.转诊备案。“医保业务基础（待遇）”—“个人待遇管理”—“个人待遇申报审批管理”—“转诊转院备案”模块中，选择“转诊转院登记”，点击“新增”，输入“身份证号”，填写“转诊转院登记信息”，其中转院申请类别为“转定点医院”，再通过侧边工具栏上传定点医疗机构开具的转诊转院单等办理材料，上传完成后提交审核。

7.医疗救助手工报销。“医保业务基础（待遇）”—“个人待遇管理”—“个人待遇结算管理”—“灵活报销管理”模块的“灵活报销结果录入”中—“人员基本信息”、“个人参保信息”和“银行信息”，再根据手工（零星）报销结果录入“报销登记信息”，其中医疗类别为“特殊人员报销”，并在“累计分项信息”中添加本次医疗救助报销的“累计类别”和“累计金额”，核对无误后点击保存提交审核。

8.身份认定前医疗费用救助报销。在“医保业务基础（待遇）”

—“医疗救助管理”—“身份认定前医疗费用救助登记”模块中—输入“人员基本信息”查询“人员身份信息”—根据查询结果填入“身份认定前医疗费用救助开始时间、结束时间、医疗类别等”—查询并核对纳入身份认定前医疗费用救助的“结算信息”—填写“银行信息”—点击“预结算”并进行结算确认后提交审核。

9.费用结算特例备案。“医保业务基础”—“个人待遇管理”—“个人待遇申报审批管理”—“医疗救助人员特殊情况登记”输入“身份证号”—点击“新增”—点击“登记”。

附件 2

部分困难人员身份编码对照表

序号	编码	特殊身份
1	230703	农村特困人员
2	211115	城镇特困人员
3	2361	孤儿
4	236022	农村低保救助对象
5	236023	城镇低保救助对象
6	236045	低保边缘家庭成员
7	230705	突发严重困难人口
8	211112	脱贫不稳定人口
9	230508	边缘易致贫人口
10	2306	因病致贫重病患者
11	340702	防止返贫致贫对象
12	601104	政策规定的其他群体（仅参保资助）
13	601203	政策规定的其他群体（享受救助待遇）

附件 3

湖北省医疗救助申请表

<table>
<tr><td rowspan="6">申请人基本情况</td><td>姓　名</td><td></td><td>身份证号码</td><td></td></tr>
<tr><td>参保情况</td><td>□居民医保
□职工医保</td><td>户籍地乡镇（村/社区）</td><td></td></tr>
<tr><td>纳入时间</td><td></td><td>联系电话</td><td></td></tr>
<tr><td>银行名称</td><td></td><td>银行账号</td><td></td></tr>
<tr><td>开户姓名</td><td></td><td>申请时间</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>申请救助对象类别</td><td colspan="4">□特困人员　□孤儿　□低保对象　□低保边缘家庭成员
□脱贫不稳定人口　□边缘易致贫人口　□突发严重困难人口
□因病致贫重病患者　□防止返贫致贫对象　□其他：_____</td></tr>
<tr><td>申请原因</td><td colspan="4">本人_____，于_____年____月____日至_____年____月____日在医疗机构就医。因_____原因医疗救助未实现“一站式”结算，对本次发生的经基本医疗、大病保险等报销后剩余政策范围费用特申请医疗救助。本人承诺以上信息无误，所提交的材料真实合法，如有虚假，承担相应责任。
申请人签字：　　代办人签字：　　日　　期：
（手印）　　（手印）</td></tr>
<tr><td>审核意见</td><td colspan="4">经核实，申请人_____本次就医医疗费用总额_____元，政策范围内费用元，基本医保支付_____元，大病保险支付_____元，其他保障支付_____元。按照医疗救助相关政策，本次纳入医疗救助基数的政策范围内费用_____元，按规定应支付医疗救助_____元。
（大写：　万　仟　佰　拾　元　角　分）
审查人：　　审核人：　　审批人：
年　月　日　　年　月　日　　年　月　日
（盖章）</td></tr>
<tr><td>备注</td><td colspan="4">请在对应□内打√。</td></tr>
</table>

附件 4

湖北省身份认定前医疗费用救助申请表

<table>
<tr><td rowspan="6">申请人基本情况</td><td>姓　名</td><td></td><td>身份证号码</td><td></td></tr>
<tr><td>参保情况</td><td>□居民医保
□职工医保</td><td>户籍地乡镇（村/社区）</td><td></td></tr>
<tr><td>纳入时间</td><td></td><td>联系电话</td><td></td></tr>
<tr><td>银行名称</td><td></td><td>银行账号</td><td></td></tr>
<tr><td>开户姓名</td><td></td><td>申请时间</td><td></td></tr>
<tr><td>申请救助对象类别</td><td colspan="4">□特困人员　□孤儿　□低保对象　□低保边缘家庭成员
□脱贫不稳定人口　□边缘易致贫人口　□突发严重困难人口
□因病致贫重病患者　□防止返贫致贫对象　□其他：_____</td></tr>
<tr><td>申请原因</td><td colspan="4">本人_____，于_____年_____月_____日被_____部门认定为_____。本人纳入救助对象前因病产生高额医疗费用，特申请对身份认定前12个月发生的经基本医疗、大病保险等报销后剩余政策范围内医疗费用予以救助。身份认定前本人已从防贫保、惠民保、慈善、水滴筹、商业保险等渠道报销医疗费用_____元。本人承诺以上信息无误，所提交的材料真实合法，如有虚假，承担相应责任。
申请人签字：　　代办人签字：　　日　　期：
（手印）　　（手印）</td></tr>
<tr><td>审核意见</td><td colspan="4">经核实，申请人_____，于_____年___月___日至_____年___月___日期间就医发生的医疗费用，核定累计医疗费用总额_____元，政策范围内费用_____元，基本医保统筹基金支付_____元，大病保险支付_____元，其他保障支付_____元。纳入身份认定前医疗费用救助基数的政策范围内费用为_____元，按规定应支付身份认定前医疗费用救助_____元。
（大写：　万　仟　佰　拾　元　角　分）
审查人：　　审核人：　　审批人：
年　月　日　　年　月　日　　年　月　日
（盖章）</td></tr>
<tr><td>备注</td><td colspan="4">请在对应□内打√。</td></tr>
</table>

湖北省医疗保障局办公室　　2026年9月14日印发