

医保待遇政策问答

1、问：首次参加职工医保，什么时候可以享受职工医保待遇？

答：首次参加职工医保的，自参保正常缴费次月起享受职工医保待遇，补缴期间、缴费当月不享受医保待遇。

2、问：单位没有按月正常缴费，是否会影响职工享受医保待遇？

答：肯定会影响。参保单位中断缴费的，自次月起即暂停支付其职工的医保待遇；参保单位自补齐欠费和滞纳金次月起，恢复其职工的医保待遇。补缴中断期间医疗保险费的，只计算医疗保险缴费年限，期间发生的医疗费不纳入医保基金的报销范围。如：单位1至3月未按月正常缴费，4月缴纳当月同时补缴了1至3月医保费，职工从5月1日起享受职工医保待遇，1-4月份发生的医疗费用不享受医保报销待遇。

3、问：灵活就业人员参加职工医疗保险，中断缴费没超过3个月补缴后，什么时候享受医保待遇？中断缴费超过3个月补缴后，什么时候享受医保待遇？

答：灵活就业人员中断缴费没超过3个月的，当月缴费的同时即使补缴了之前月份的欠费，也只能自缴费次月起享受职工医保待遇。补缴期间、缴费当月发生的医疗费不纳入医保报销范围。

灵活就业人员中断缴费超过3个月的，当月缴费同时补缴之前欠费，需从缴费当月起计算3个月待遇等待期后，才能享受医保待遇，补缴期间、等待期间发生的医疗费不纳入医保报销范围。

4、问：原单位为我缴纳当月的医疗保险后和我解除劳动合同关系，如果从下个月开始住院治疗，接续缴纳职工医疗保险费有什么规定吗？

答：您需继续按月足额缴纳职工医疗保险费，否则会影响您享受医保待遇。如果您从解除合同下月开始由新单位或者按照灵活就业人员身份每月按时足额缴纳医疗保险费，您的医保待遇不会受到影响。如果您未及时接续按月参保缴费，您医保待遇就会受到影响。

如您及时接续，4月份在原单位正常缴费，解除合同后5月和6月每月按时正常缴纳职工医疗保险费，若5月至7月期间发生了住院医疗费，则此笔住院医疗费可按医保规定报销。

如您未及时接续，4月份在原单位正常缴费，解除合同后，自5月份中断缴费，7月份参保缴费并补缴5月和6月的职工医疗保险费，那么，5月至7月发生的住院医疗费中，医保仅报销5月的费用，6月和7月发生的费用不能报销。

5、问：没有在2022年9-12月集中缴费期内缴纳2023年度居民医保，2023年中补缴的，什么时候可以享受居民医保待遇？

答：集中缴费期内未及时缴纳2023年居民医保费的，需从参保缴费时开始计算3个月等待期，等待期后才能享受居民医保

待遇，补缴期间、等待期间发生的医疗费不纳入医保报销范围（持《山东省居住证》参保的，参照执行）。

6、问：孩子在2022年12月1日出生，出生六个月内参保只缴纳2023年居民医保的，孩子出生当日发生的住院医疗费能否报销？

答：不报销，新生儿在出生六个月内补缴出生当年度居民医保费后，出生之日发生的住院医疗费方可按医保规定报销。

7、问：孩子在2022年12月1日出生，新生儿出生6个月后缴纳居民医保费的，什么时候可以报销？

答：新生儿出生超过6个月到12月之间缴纳居民医保费的，自参保缴费的次月起享受医保待遇，之前发生的医疗费，不纳入医保报销范围。

新生儿出生12个月后缴纳居民医保费的，从缴费当月起开始计算3个月等待期。等待期后才能享受医保待遇，之前发生的医疗费，不纳入医保报销范围。

8、问：原在外地参加职工医保缴费，后转到青岛参加职工医保，医保待遇能否接续？

答：职工自转出地办理减员当月起，3个月内接续本市职工医疗保险关系（不分单位和灵活就业身份）并补缴中断期间费用的，自本市参保缴费当月起享受职工医保待遇，补缴期间发生医疗费可补报。

超过 3 个月接续医保关系并参保缴费的，自参保缴费次月（不分单位和灵活就业身份）起享受职工医保待遇。补缴中断缴费期间费用的，补缴期间及缴费当月发生的医疗费不纳入医保支付范围。

意外伤害政策问答

9、哪些情形下发生的意外伤害医疗费用可以报销？

答：参保人因下列情形发生的意外伤害医疗费用，可纳入社会医疗保险基金支付范围：（1）参保人在无责任人情况下发生的意外伤害；（2）经有关部门认定参保人承担部分责任的意外伤害；（3）因他人违法行为导致参保人伤害的刑事或治安案件，经人民法院判决、裁定后，责任人未能全部赔偿的或自伤害发生之日起满6个月案件未破获无法确定责任人的；（4）其他经人民法院判决、裁定后，责任人未能全部赔偿的。

10、哪些情况下发生的意外伤害医疗费用不纳入报销？

答：参保人发生的意外伤害符合《青岛市社会医疗保险意外伤害保障管理办法》第四条规定，但有下列情形之一的，其意外伤害医疗费不纳入社会医疗保险基金支付范围：（1）有隐瞒、欺诈行为的，包括提供虚假外伤时间、地点、事故原因、救治经过、虚假证明材料以及伪造外伤医疗文书等；（2）实施吸毒、使用管制药品（遵医嘱用药除外）、打架斗殴、醉酒滋事等违法行为所致的；（3）应当由责任人承担的；（4）应该从工伤保险基金或生育保险基金中支付的；（5）应当由公共卫生负担的；（6）在境外发生的医疗费用。

生育津贴政策问答

11、符合什么条件可以申领生育津贴？

答：女职工在用人单位参加职工社会医疗保险，生育或流、引产时，在我市连续足额缴费满 1 年以上的，可享受生育津贴。

生育或流、引产时已正常参保一个月以上但连续足额缴费不满 1 年的，待用人单位连续为职工足额缴纳医疗保险费用满 1 年后，可补支生育津贴。

享受生育津贴期间中断缴费的，生育津贴暂停发放。补缴后，生育津贴予以补发。

12、投保地在西海岸新区，能否在青岛市其他区市申请生育津贴？

答：可以，为方便参保单位和职工办理生育津贴业务，符合生育津贴申报条件的参保职工，参保单位或职工可携带材料到就近的生育保险经办机构提出生育津贴领取申请，实现“全市通办”。

13、到窗口申请生育津贴需要哪些材料？

答：需携带出生医学证明、银行卡（医疗保障经办业务平台无“出生医学证明”信息，可提供承诺书 1 份）到各区市医保经办机构或医保工作站办理。（如外地生育的需要携带出院记录）

14、到窗口办理生育津贴不方便，能否通过网络办理？

答：可以，自 2019 年 1 月 1 日起青岛市全面推行单位参保职工生育津贴“全程网办”。搜索医疗保障局网站（网址：

<http://ybj.qingdao.gov.cn>), 点击单位办事→医保待遇→生育津贴支付→录入生育职工相关信息→上传相关附件电子版原件。或企业职工可关注“青岛医疗保障”微信公众号→掌上办我的医保→生育津贴申领。(上传材料 1. 本市生育的上传出生医学证明 2. 外地生育的需加上出院记录)

15、女方没有工作单位，男方投缴生育保险，生孩子时能否用男方的生育保险报销？

答：男职工在用人单位参加职工社会医疗保险，享受医保统筹待遇期间，其未参加居民社会医疗保险、不符合享受女职工生育医疗费用待遇的配偶住院分娩的，男职工按女职工在相应定点医疗机构生育分娩（顺产、难产、剖宫产）医疗费定额标准的 50%享受生育补助金，即一级医院为 1400 元，二级医院 2300 元，三级医院 2950 元）。检查类、流引产类、住院保胎及并发症类等医疗费用不纳入支付范围。

男职工配偶参加居民社会医疗保险的，在定点医疗机构住院分娩，按现行标准享受住院分娩报销待遇。其配偶住院分娩医疗费报销金额低于男职工应享受生育补助金标准的，按规定予以补足差额。

16、男职工生育补助金如何申领？

答：男职工配偶分娩出院后，单位或个人可携带出院记录、结算发票、出生医学证明（医疗保障经办业务平台无“出生医学证明”信息，可提供承诺书 1 份）、银行卡到各区市医疗保险经

办机构、医保工作站申领男职工生育补助金。

17、缴纳灵活就业人员能不能享受生育津贴？

答：不享受。按灵活就业身份参加医疗保险时间，不计算为生育津贴及男职工生育补助金连续缴费时间。

18、女职工在享受生育待遇时中断缴费的能否领取生育津贴？

答：女职工生育或流、引产时在用人单位参加职工社会医疗保险的，按照青政办发〔2019〕18号规定享受生育津贴。享受生育津贴期间单位中断缴费的，生育津贴暂停发放。补缴后，补发生育津贴。

19、生育津贴的计发标准是什么？

答：1. 生育津贴以职工所在用人单位上年度月平均工资核定的缴费基数计发。

2、当年度新注册成立用人单位，其女职工生育津贴以单位当年度首次参保月份至该女职工生育月份为时间段计算的该单位职工月平均缴费基数计发。

除全省全口径城镇在岗职工平均工资（社会平均工资）调整或因机关事业单位养老保险制度改革调整的缴费基数外，其它原因造成的缴费基数调整，不作为生育津贴单位缴费基数计发标准。

20、大学生享受生育津贴的条件？

答：毕业当年度在用人单位参加职工社会医疗保险的各类学校全日制应届毕业生正常缴费次月后生育的，可享受生育津贴。

21、转业或者复员军人如何享受生育津贴？

答：转业或者复员 1 年内在用人单位参加职工社会医疗保险的军转干部、复员退伍军人等其他符合政策规定的人员，正常缴费次月后生育的，可享受生育津贴待遇。

22、异地转移人员如何享受生育津贴？

答：异地转移人员医疗保险关系转移前后的缴费年限连续累计计算，符合生育保险待遇享受条件，在我市用人单位正常缴费次月后生育的，享受生育津贴。

23、如何查询生育津贴发放情况？

答：个人可登录青岛医保微信公众号-掌办大厅我的医保-生育待遇-生育津贴明细查看

24、补缴的保险可不可以享受生育津贴的领取？

答：根据政策生育前连续缴费 12 个月里至少有一个月是正常缴费（当月缴费当月到账）的其他月份补缴是可以领取生育津贴的，如果没有正常缴费的月份就不能领取。

25、生育津贴享受的天数？

答：参保职工符合规定的生育医疗待遇支付标准按现行规定执行，并根据基金收支情况适时进行调整。符合规定生育或者终止妊娠的生育津贴支付期限按下列产假期限执行：女职工生育产假为 98 天；难产的增加产假 15 天；多胞胎生育的，每多生育 1 个婴儿，增加产假 15 天。怀孕未满 4 个月流产的，产假为 15 天；怀孕 4 个月以上流产、引产的，产假为 42 天。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。参保职工按照《山东省人口与计划生育条例》规定增加的产假、护理假，视为出勤，

工资由用人单位照发,福利待遇不变。生育津贴和工资不重复享受。

参保职工按照 《山东省人口与计划生育条例》规定增加的产假（60天）、护理假，由单位发放，具体标准咨询人社部门。

医疗救助政策问答

26、医疗救助的范围？

答：特困人员、低保对象、低保边缘家庭成员、因病致贫重病患者、返贫致贫人口、防返贫监测帮扶对象六类人群。社会闲散孤儿、重点困境儿童参照特困人员。

27、困难居民如何享受医疗救助？

答：特困、低保、低边，这三类人员的身份是由民政部门负责；返贫致贫人口、防止返贫监测帮扶对象等易返贫致贫人口这两类人员是由乡村振兴部门负责。与医保部门实施信息共享。这五类人员在身份有效内享受院端一站式的医疗救助。

民政部门负责因病致贫重病患者身份认定。因病致贫重病患者发生的符合规定的医疗费用，实行手工结算。需要医疗救助手工结算的困难人员，应向申请地街道（镇）提供就医有效票据等材料，街道（镇）按规定受理后移交医保经办机构，医保经办机构完成审核后，将救助金额拨付至社保卡金融账户或银行账户。对经认定符合因病致贫重病患者医疗救助待遇条件的，经基本医保、大病保险报销后，政策范围内个人负担超过 1.3 万元以上的部分，按 80%比例给予救助，年度限额为 15 万元。个人负担费用可追溯至自申请之月前 12 个月，一次身份认定享受一个医疗年度救助待遇和救助限额，一个年度内不得重复申请。