

# 运城市民政局 运城市财政局 运城市医疗保障局 文件

运民发〔2023〕65号

---

## 运城市民政局 运城市财政局 运城市医疗保障局 关于印发《因病致贫重病患者认定办法（试行） 实施细则》的通知

各县（市、区）民政局、财政局、医疗保障局：

为规范我市因病致贫重病患者认定工作，根据省民政厅、省财政厅、省医疗保障局《因病致贫重病患者认定办法（试行）》，结合我市实际，研究制定了《因病致贫重病患者认定办法（试行）实施细则》。现印发给你们，请结合实际认真贯彻落实。



主动公开（全文公开）



# 因病致贫重病患者认定办法（试行）实施细则

## 第一章 总 则

**第一条** 为规范我市因病致贫重病患者认定工作，依据山西省民政厅、山西省财政厅、山西省医疗保障局关于印发《因病致贫重病患者认定办法（试行）》和运城市人民政府办公室关于印发《健全重特大疾病医疗保险和救助制度实施细则的通知》等有关规定，结合我市实际，制定本实施细则。

**第二条** 本实施细则适用于我市范围内因病致贫重病患者的申请受理、审核确认、管理和监督等工作。

**第三条** 因病致贫重病患者认定，遵循以下工作原则：

- （一）属地管理，分级负责；
- （二）严格规范，高效便民；
- （三）公开透明、公平公正。

**第四条** 县级人民政府民政部门负责会同相关部门做好因病致贫重病患者的认定（审核确认权限下放的另行规定），财政部门负责按规定做好医疗救助资金保障，医保部门负责因病致贫重病患者的医疗救助。乡镇人民政府（街道办事处）负责因病致贫重病患者的申请受理、调查初审工作。村（居）民委员会协助做好相关工作。

**第五条** 县级以上人民政府民政、财政、医保部门应当协同

配合，加强信息共享和数据比对，统筹做好因病致贫重病患者的认定和救助工作。

## 第二章 认定条件

**第六条** 本实施细则所称因病致贫重病患者，是指不符合低保、特困供养或低保边缘家庭条件，但因高额医疗费用支出导致家庭基本生活出现严重困难的大病患者，应同时满足以下条件：

（一）户籍状况。户籍在山西省；

（二）参保情况。在山西省参加城乡居民基本医疗保险或城镇职工基本医疗保险；

（三）年度救助起付标准情况。在定点医疗机构发生的政策范围内住院费用，经基本医保、大病保险和各类补充医疗保险、商业保险报销后，扣除社会互助帮困等因素，政策范围内个人负担医疗费用达到年度救助起付标准（年度救助起付标准按照晋政办发〔2022〕74号和运政办发〔2022〕28号执行）；

（四）家庭收入情况。在扣除个人自负医疗费用之后，共同生活的家庭成员人均收入应低于当地当年城乡低保标准的2倍，共同生活的家庭成员及家庭收入的计算方法，参照我市《最低生活保障对象审核确认办法》，具体见本办法第八条、第九条。

个人自负医疗费用指在提出申请前12个月内，在定点医药机构就医发生的门诊慢特病、门诊特药和住院费用，经基本医保、大病保险和各类补充医疗保险、商业保险报销后，个人自负医疗



费用的总和。

(五) 家庭财产情况。申请人家庭拥有的金融资产总额人均应不超过 36 个月当地当年城市最低生活保障标准之和,其他家庭财产参照我市《最低生活保障对象审核确认办法》,具体见本办法第十条。

**第七条** 因病致贫重病患者认定当次有效,针对申请人符合规定的医疗费用,按规定比例给予医疗救助。

### 第三章 家庭收入和财产

**第八条** 家庭收入主要包括:

(一) 工资性收入。工资性收入指就业人员通过各种途径得到的全部劳动报酬和各种福利并扣除必要的就业成本,包括因任职或者受雇而取得的工资、薪金、奖金、劳动分红、津贴、补贴以及与任职或者受雇有关的其他所得。

工资性收入参照劳动合同认定;没有劳动合同的,通过调查就业和劳动报酬、各种福利收入认定,或根据社会保险、个人所得税、住房公积金的缴纳情况推算;对于无法推算实际工资收入的灵活就业人员,原则上按居住地最低工资标准计算其工资收入(政府公益性岗位按实际收入计算);申请人申报收入高于申请受理地最低工资标准的,以申报收入为准。对外出务工就业等需要一定工作成本的,在核算其家庭收入时,按城市低保标准的 30%扣减必要的就业成本,鼓励有劳动能力的贫困人口积极就业。

(二) 经营净收入。经营净收入指从事生产经营及有偿服务活动所获得全部经营收入扣除经营费用、生产性固定资产折旧和生产税后得到的收入。包括从事种植、养殖、采集、加工等农林牧渔业的生产收入，从事工业、建筑业、手工业、交通运输业、批发和零售贸易业、餐饮业、文教卫生业和社会服务业等经营及有偿服务活动的收入等。

种植业收入以本地区同等作物的市场价格与实际产量推算；不能确定实际产量的，以当地上年度同等作物平均产量推算。在核算种植收入时可核减其必要的生产费用。养殖业收入以本地区同等养殖品种市场价格与实际出栏数推算；不能确定实际出栏数的，以当地同行业上年度平均产量推算。经营企业的，按照企业实际纯收入或实际缴纳税收基数综合认定；无法认定实际收入的，参考当地同行业、同规模企业平均收入和企业实际缴纳税收情况综合认定。其他情形按当地评估标准和方法推算。

(三) 财产净收入。财产净收入指出让动产和不动产，或将动产和不动产交由其他机构、单位或个人使用并扣除相关费用之后得到的收入。包括储蓄存款利息、有价证券红利、储蓄性保险投资以及其他股息和红利等收入，集体财产收入分红和其他动产收入，以及转租承包土地经营权、出租或者出让房产以及其他不动产收入等。

出让、租赁等收入，参照双方签订的相关合法有效合同计算；个人不能提供相关合同或合同确定的收益明显低于市场平均收益的，参照当地同类资产出让、租赁的平均价格推算。储蓄存款利息、有价证券红利、储蓄性保险投资以及其他股息和红利等按照金融机



构提供的信息计算，集体财产收入分红按集体出具的分配记录计算。

（四）转移净收入。转移净收入指转移性收入扣减转移性支出之后的收入。其中，转移性收入指国家、机关企事业单位、社会组织对居民的各种经常性转移支付和居民之间的经常性收入转移，包括赡养（抚养、扶养）费、离退休金、失业保险金、遗属补助金、赔偿收入、接受捐赠（赠送）收入等；转移性支出指居民对国家、企事业单位、社会组织、居民的经常性转移支出，包括缴纳的税款、各项社会保障支出、赡养支出以及其他经常性转移支出等。

转移性收入和转移性支出有实际发生数额凭证的，以凭证数额为准；有协议、裁判文书的，按照法律文书所规定的数额计算。

赡养（抚养、扶养）费收入原则上按赡养（抚养、扶养）法律文书所规定的数额计算，也可按具有法律效力的协议书、调解书、判决书等法律文书所规定的数额计算；没有法律文书或未经人民法院认可的法律文书规定数额明显偏低的，赡养（抚养、扶养）人的收入能够精准认定的，按赡养（抚养、扶养）人收入扣除低保标准之后的一定比例推算，计算方法：按赡养（扶养）人家庭月人均收入扣除当地低保标准之后，剩余部分的30%比例计算赡养（扶养）费，按抚养义务人月总收入20%计算抚养费（有多个抚养人时，每增加一名抚养人，给付的抚养费增加其总收入的10%，最高不超过抚养义务人总收入的50%）；不能精准认定的，可参照当地最低工资标准、居民人均可支配收入等一定比例测算。

（五）其他应当计入家庭收入的项目。

**第九条** 下列收入不计入家庭收入：

(一) 优抚对象按规定享受的抚恤金、补助金、立功荣誉金和护理费;

(二) 各级人民政府对特别贡献人员给予的奖励金和荣誉津贴;

(三) 建国前入党的老党员、老游击队员、老交通员等享受的定期补助;

(四) 因公(工)负伤职工的护理费、因公(工)死亡职工的丧葬费、抚恤金;

(五) 计划生育家庭按政策享有的独生子女费、计划生育奖励与扶助金;

(六) 政府和社会给予贫困在校学生的救助金、生活补贴和在校学生获得的奖学金、助学贷款等;

(七) 城乡居民基本养老保险基础养老金;

(八) 老年人高龄补贴,困难残疾人生活补贴,重度残疾人护理补贴,孤儿和事实无人抚养儿童基本生活费;

(九) 在职职工按规定由单位及个人缴纳的住房公积金和各项社会保险费;

(十) 政府和社会给予的临时性生活救助金;

(十一) 赡养(抚养、扶养)义务人属于特困人员、低保对象、低保边缘家庭成员的赡养(抚养、扶养)费。

(十二) 县(市、区)人民政府民政部门规定的其他不应计入的收入。

**第十条** 家庭财产指共同生活的家庭成员拥有的全部动产和不动产。动产主要包括银行存款、证券、基金、商业保险、债权等



金融资产及市场主体、车辆等。不动产主要包括房屋、林木等定着物。对于维持家庭生产生活的必需财产，可以在认定家庭财产状况时予以豁免。

#### 第四章 申请及受理

**第十一条** 因病致贫重病患者认定申请人户籍地（经常居住地）与参保地一致的，由患者本人或其委托代理人（持委托授权书）向户籍所在地或经常居住地乡镇人民政府（街道办事处）提出书面申请；因病致贫重病患者认定申请人户籍地（经常居住地）与参保地不一致的，由患者本人或其委托代理人（持委托授权书）向参保地乡镇人民政府（街道办事处）提出书面申请。

申请人户籍所在地、经常居住地和参保地的民政部门、乡镇人民政府（街道办事处）应当相互配合做好认定工作。

**第十二条** 申请因病致贫重病患者认定，应当提供以下材料：

（一）患者本人居民身份证（在经常居住地申请的还需提供居住证）和家庭成员的户口簿；

（二）患者本人住院费用结算单、门诊慢特病和门诊特药收费票据等；

（三）填写《因病致贫重病患者认定申请表》，并承诺所填信息真实、完整；

（四）履行授权核对其家庭经济状况的相关手续。

**第十三条** 乡镇人民政府（街道办事处）、村（居）民委员会在日常工作中发现可能符合条件的因病致贫重病患者，应当告

知其医疗救助政策，对因无民事行为能力或者限制民事行为能力等原因无法提出申请的，应当主动帮助其申请。

**第十四条** 乡镇人民政府（街道办事处）应当对申请人或者其委托代理人提交的材料进行审查，材料齐备的，予以受理；材料不齐备的，应当一次性告知申请人或者其委托代理人补齐所有规定材料。可以通过国家或地方政务服务平台查询获取的相关材料，不再要求重复提交。

## 第五章 审核确认

**第十五条** 乡镇人民政府（街道办事处）应当自受理申请之日起3个工作日内，启动家庭经济状况调查工作，对申请人家庭经济状况、罹患重特大疾病情况、医疗费用支出、医疗保险支付情况等进行调查核实，并提请县级人民政府民政部门开展家庭经济状况信息核对。村（居）委会应当协助乡镇人民政府（街道办事处）开展调查核实。

调查申请人家庭经济状况可采取信息核对、入户调查、邻里访问、信函索证、支出推算等方式进行。经家庭经济状况信息核对，不符合因病致贫重病患者条件的，乡镇人民政府（街道办事处）应当及时告知申请人。申请人对核对结果有异议的，应当在15个工作日内提供相关佐证材料，乡镇人民政府（街道办事处）应当自收到佐证材料起10个工作日内进行复查。

**第十六条** 乡镇人民政府（街道办事处）应当根据家庭经济



状况调查核实情况，提出初审意见并在申请人所在村（社区）公示，公示期为7天。公示应当依法保护个人隐私，不得公示无关信息。公示期满无异议的，乡镇人民政府（街道办事处）应当及时将初审意见等相关材料报送县级人民政府民政部门。公示期间有异议的，乡镇人民政府（街道办事处）应当按程序重新组织调查核实，提出复核意见并重新进行公示。

**第十七条** 县级人民政府民政部门收到乡镇人民政府（街道办事处）上报的材料和初审意见后，审查申请人家庭人口、收入、财产和个人因病自负医疗费用等情况，在5个工作日内会同相关部门提出审核意见。对符合条件的，应当及时予以确认，通过乡镇人民政府（街道办事处）告知申请人或者其委托代理人，并将相关信息推送同级医保部门；对不符合条件的，在3个工作日内通过乡镇人民政府（街道办事处）告知申请人或者其委托代理人。

**第十八条** 县级人民政府医保部门收到同级民政部门推送的信息表后，及时完成医疗救助结算支付。

**第十九条** 因病致贫重病患者认定工作应当自受理之日起30个工作日内完成；特殊情况下，可以延长至45个工作日。

## 第六章 管理和监督

**第二十条** 县级人民政府民政部门和乡镇人民政府（街道办事处）应当加强因病致贫重病患者认定档案管理，对工作资料归类、建档。档案应当齐全完整、统一规范，不得随意涂改、变更

和销毁。有条件的地方应当建立电子档案。

**第二十一条** 因病致贫重病患者认定过程中发现有以下情形的，可以终止审核确认程序：

(一) 共同生活的家庭成员无正当理由拒不配合审核认定工作的；

(二) 故意隐瞒家庭真实收入、财产和因病支出等情况，或者提供虚假材料的；

(三) 县级人民政府民政、医保部门规定的其他情形。

**第二十二条** 县级人民政府民政部门应当加强因病致贫重病患者认定工作；财政、医保部门加强救助资金管理工作的监督检查，严格执行医疗救助基金监督管理规定，建立健全相关监督管理制度。

**第二十三条** 县级人民政府民政、医保部门和乡镇人民政府（街道办事处）应当公开服务热线，受理咨询、举报和投诉，接受社会和群众对因病致贫重病患者认定工作的监督。对接到的实名举报，应当逐一核查，并及时向举报人反馈核查处理结果。

**第二十四条** 因病致贫重病患者认定申请人或者其他家庭成员对民政部门作出的具体行政行为不服的，可以依法申请行政复议或者提起行政诉讼。

**第二十五条** 相关工作人员在履行职责中存在滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊、失职渎职等行为的，应当依法依规追究相关责任。对秉持公心、履职尽责但因客观原因出现失误偏差且能够及时纠正的，依法依规免于问责。



## 第七章 附则

**第二十六条** 已将低保对象审核确认权限下放至乡镇人民政府（街道办事处）的县（市、区），由乡镇人民政府（街道办事处）负责因病致贫重病患者的认定，县级人民政府民政部门应当加强监督指导。

**第二十七条** 各县（市、区）人民政府民政、财政、医保部门可以根据本办法，结合本地实际，细化实施细则，并报市民政局、市财政局、市医疗保障局备案。

**第二十八条** 本办法由市民政局、市财政局、市医疗保障局负责解释。

**第二十九条** 本办法自 2023 年 11 月 7 日起施行，有效期 2 年。

- 附件：
1. 因病致贫重病患者申请审核确认表（参考样表）
  2. 因病致贫重病患者审核公示（参考样式）
  3. 因病致贫重病患者认定通知书（参考样式）
  4. 不予确认因病致贫重病患者通知书（参考样式）
  5. 因病致贫重病患者认定名单推送表（参考样式）

附件 1

因病致贫重病患者申请审核确认表（参考样表）

|              |   |   |            |            |            |   |      |          |
|--------------|---|---|------------|------------|------------|---|------|----------|
| 申请人姓名        |   | 性别  |            | 民族         |            | 居民身份证号码   |      |          |
|              |   |   |            |            |            |   |      |          |
| 户籍地          |   |   |            |            |            | 联系电话  |      |          |
| 居住地          |   |   |            |            |            |   |      |          |
| 参保地          |   |   |            |            |            |   |      |          |
| 共同生活家庭成员情况   | 姓名                                      | 与申请人关系  | 健康状况       | 就业（上学）状况   |            | 居民身份证号码   |      |          |
|              |   |   |            |            |            |   |      |          |
|              |   |   |            |            |            |   |      |          |
|              |   |   |            |            |            |   |      |          |
| 非共同生活赡养抚养人情况 | 姓名                                      | 与申请人关系  | 健康状况       | 就业状况       | 年赡（抚、扶）养费  | 居民身份证号码   |      |          |
|              |   |   |            |            |            |   |      |          |
|              |   |   |            |            |            |   |      |          |
|              |   |   |            |            |            |   |      |          |
| 家庭收入情况       | 工资性收入（元/年）                              | 经营净收入（元/年）  | 财产净收入（元/年） | 转移净收入（元/年） | 家庭总收入（元/年） | 近 12 个月个人自负医疗费用总和                                       |      |          |
|              |   |   |            |            |            | 自负总费用_____，其中：住院自负费用_____，门诊慢特病自负费用_____，门诊特药自负费用_____。 |      |          |
| 核算情况         | 扣除政策范围内个人自负医疗费用之后共同生活家庭成员人均收入_____元/人·年 |   |            |            |            |   |      |          |
| 家庭财产状况       | 动产                                      | 存款：_____，证券：_____基金：_____，商业保险：_____理财：_____债权：_____，市场主体：_____机动车辆：_____其他：_____ |            |            |            |   | 是否超标 | 是□<br>否□ |
|              | 不动产                                     | 房产：_____套（自建□商品房□），门面房：_____套，其他：_____  |            |            |            |   |      |          |



|                                |   |  |             |  |             |  |
|--------------------------------|---|--|-------------|--|-------------|--|
| <p>个人<br/>申请</p>               | <p>本人申请认定因病致贫重病患者，授权、委托相关核对机构对包括但不限于本人的收入、财产、因病支出、医保支付等信息进行核对，承诺所提供的全部信息真实、完整、准确，愿意接受有关部门调查，并自愿承担相应法律责任。</p> <p style="text-align: right;">申请人签字：<br/>年 月 日</p> |  |             |  |             |  |
| <p>入户<br/>调查<br/>意见</p>        | <p style="text-align: right;">调查人员签字：<br/>年 月 日</p>   |  |             |  |             |  |
|                                | <p>经办人</p>  |  | <p>负责人</p>  |  | <p>分管领导</p> |  |
| <p>乡镇<br/>街道<br/>初审<br/>意见</p> | <p>经调查、审核、公示无异议，拟同意_____村（社区）_____认定为因病致贫重病患者，报县民政局审批。</p> <p style="text-align: right;">盖 章<br/>年 月 日</p>  |  |             |  |             |  |
| <p>县级<br/>民政<br/>部门<br/>意见</p> | <p>经审查，同意_____乡镇（街道）关于_____村（社区）认定为因病致贫重病患者的审核意见。</p> <p style="text-align: right;">盖 章<br/>年 月 日</p>   |  |             |  |             |  |
|                                | <p>审核人</p>  |  | <p>分管领导</p> |  |             |  |

附件 2

## 因病致贫重病患者认定审核公示（参考样式）

经调查审核，拟认定\_\_\_\_\_村（社区）下列人员为因病致贫重病患者，现予公示（公示期为 7 天），接受社会监督。如有异议，请提供事实依据，向乡镇（街道）反映。

公示时间：\_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日至\_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

乡镇（街道）举报电话：\_\_\_\_\_

乡镇（街道）人民政府（盖章）

年 月 日

| 序号 | 姓名 | 所在村（社区） | 备注 |
|----|----|---------|----|
|    |    |         |    |
|    |    |         |    |
|    |    |         |    |
|    |    |         |    |
|    |    |         |    |



附件 3

# 因病致贫重病患者认定确认通知书(参考样式)

(\_\_\_\_\_年第\_\_\_\_号)

\_\_\_\_\_乡镇(街道):

依据我市《因病致贫重病患者认定办法(试行)实施细则》相关规定,经审核,你乡镇(街道)于\_\_\_\_年\_\_月\_\_日提交的等\_\_名因病致贫重病患者认定申请符合政策规定,可以认定为因病致贫重病患者,请按规定告知申请人或其委托代理人。

\_\_\_\_\_县民政局(盖章)

年 月 日

| 序号 | 姓名 | 所在村(社区) | 备注 |
|----|----|---------|----|
|    |    |         |    |
|    |    |         |    |
|    |    |         |    |
|    |    |         |    |

附件 4

# 不予确认因病致贫重病患者通知书(参考样式)

( \_\_\_\_\_ 年第 \_\_\_\_\_ 号 )

\_\_\_\_\_ 乡镇 ( 街道 ) :

依据我市《因病致贫重病患者认定办法 ( 试行 ) 实施细则》相关规定, 经审核, 你乡镇 ( 街道 ) 于 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日提交的等 \_\_\_\_\_ 名因病致贫重病患者认定申请不符合政策规定, 不予确认因病致贫重病患者, 请按规定告知申请人或其委托代理人。

\_\_\_\_\_ 县民政局 ( 盖章 )

年 月 日

| 序号 | 姓名 | 所在村 ( 社区 ) | 不予确认的原因 |
|----|----|------------|---------|
|    |    |            |         |
|    |    |            |         |
|    |    |            |         |
|    |    |            |         |



附件 5

因病致贫重病患者认定名单推送表（参考样式）

| 序号 | 乡镇（街道办） | 村（社区） | 姓名 | 身份证号 | 认定类型 | 认定时间 | 联系电话 | 备注 |
|----|---------|-------|----|------|------|------|------|----|
|    |         |       |    |      |      |      |      |    |
|    |         |       |    |      |      |      |      |    |
|    |         |       |    |      |      |      |      |    |
|    |         |       |    |      |      |      |      |    |

备注：1. 本表由县级民政部门填写，推送同级医保部门；  
2. 认定类型为：因病致贫。

