

# 江门市医疗保障局文件

江医保发〔2022〕23号

---

## 转发广东医疗保障局关于印发《广东省职工生育保险经办规程（试行）》的通知

市医保中心，各县（市、区）医保局（分局）：

现将《广东医疗保障局关于印发〈广东省职工生育保险经办规程（试行）〉的通知》（粤医保规〔2022〕4号）转发你们，请认真贯彻执行。

江门市医疗保障局

2022年4月6日

# 广东省医疗保障局文件

粤医保规〔2022〕4号

---

## 广东省医疗保障局关于印发《广东省职工 生育保险经办规程(试行)》的通知

各地级以上市医疗保障局：

现将《广东省职工生育保险经办规程（试行）》印发给你们，请认真贯彻执行。执行过程中遇到的问题，请径向省医保局反映。



# 广东省职工生育保险经办规程（试行）

## 第一章 总 则

**第一条** 为规范统一我省职工生育保险业务经办标准和管理服务工作，根据《中华人民共和国社会保险法》（主席令第35号）、《广东省职工生育保险规定》（广东省人民政府令第287号）等法律法规及规章，制定本规程。

**第二条** 本规程适用于本省行政区域内职工生育保险经办业务，全省各级医疗保障经办机构按本规程办理各项业务。

**第三条** 医疗保障经办机构承办生育保险登记、个人权益记录、生育保险待遇支付等具体经办业务，并提供业务咨询、查询等服务。

职工生育保险经办业务由参保地医疗保障经办机构办理，逐步实行省内通办，并按照国家统一部署逐步实行跨省通办。医疗保障经办机构按照“谁办理、谁负责”的原则，对在国家医疗保障信息平台所经办业务的合法性、真实性、准确性、完整性负责。

**第四条** 本规程涉及需要用人单位或职工及其未就业配偶提供的证照材料，可通过政府部门内部核查和部门间信息共享及书面告知承诺等方式涵盖或者代替的，不再要求用人单位或职工提供。

**第五条** 职工生育保险征缴管理按国家和省有关规定执行。

## **第二章 参保缴费**

**第六条** 生育保险费和职工基本医疗保险费合并征缴，医疗保障经办机构采集税务部门提供的生育保险缴费登记信息，为用人单位和职工办理职工生育保险参保登记。

**第七条** 医疗保障经办机构采集税务部门提供的用人单位缴费基数调整、人员增减变动和基本信息变更申报明细信息，为用人单位和职工办理信息变更记录。

## **第三章 待遇管理**

**第八条** 生育保险待遇包括生育医疗费用和生育津贴。其中生育医疗费用包括生育的医疗费用、计划生育的医疗费用，及法律、法规、规章以及国家和省规定纳入生育保险支付范围的其他费用。

**第九条** 用人单位已经按时足额缴费的，自缴费次月起，其职工享受生育医疗费用和生育津贴待遇；职工未就业配偶按照规定享受生育医疗费用待遇，不享受生育津贴。用人单位停止缴费次月起，其职工和职工未就业配偶不享受相应的生育保险待遇。

参加职工基本医疗保险的灵活就业人员，按照规定享受生育医疗费用待遇，不享受生育津贴，其享受生育医疗费用待遇的起止时间与职工基本医疗保险待遇的时间一致。

领取失业保险金的失业人员、因工致残被鉴定为一级至四级伤残并办理伤残退休手续的职工、享受职工基本医疗保险待遇的退休人员按照规定享受生育医疗费用待遇，不享受生育津贴。

#### **第四章 就医管理和服务**

**第十条** 各统筹地区经办机构应当与符合规定的医疗机构签订定点医疗服务协议，并向社会公布提供生育或者计划生育服务的定点医疗机构名单。

**第十一条** 职工应当按照参保地规定，在提供生育服务的定点医疗机构中选定产前检查的定点医疗机构。选择定点时可在选定的医疗机构或经办机构窗口现场办理生育保险定点，也可通过线上渠道办理选定产前检查医疗机构。办理时应当提供以下材料：

- 1.《职工生育保险产前检查医疗机构定点表》（见附件1）；
- 2.医保电子凭证或有效身份证件或社会保障卡；
- 3.诊断证明。

材料齐全且符合条件的，定点医疗机构应当将参保人有关资料即时上传给统筹地区经办机构。

职工因医疗条件限制、住所变化等特殊事由确需变更前检查医疗机构的，应当持变更事由的相关凭证向统筹地区经办机构申请办理变更手续。有条件的地区可在定点医疗机构申请变更。

**第十二条** 定点医疗机构应当执行实名就医管理规定，核验职工医保电子凭证或有效身份证件或社会保障卡。实时上传就诊、购药、结算等信息。

**第十三条** 职工在分娩、终止妊娠或施行计划生育手术住院期间因诊治妊娠合并症、并发症需要，可以按照规定转至省内其他职工基本医疗保险定点医疗机构就医，所需医疗费用由医疗保障经办机构与医疗机构按照规定直接结算。

**第十四条** 符合国家生育政策的职工按规定办理生育保险异地就医备案手续后，在就医地已开通省内异地就医直接结算服务的生育保险定点医疗机构就医，其发生的生育医疗费用可以按规定直接结算。办理异地就医备案时应当提供以下材料：

1. 医保电子凭证或有效身份证件或社会保障卡；
2. 《广东省异地就医生育保险登记备案表》（见附件2）。

已办理生育保险异地就医备案手续的职工，其基本医疗保险同步备案至就医所在地。

跨省异地就医生育医疗费用直接结算工作按照国家规定执行。

## 第五章 生育保险待遇支付

**第十五条** 职工凭医保电子凭证或有效身份证件或社会保障卡按规定在统筹区内提供生育或者计划生育服务的定点医疗机构就医，结算时根据定点医疗机构提供的票据，结清应由个人承担的费用，属于医保基金支付的生育医疗费用由医疗保障经办机构与定点医疗机构按规定直接结算。

**第十六条** 职工的生育医疗费用不能直接结算的，职工可在其分娩、终止妊娠或者施行计划生育手术次日起3年内，向发生分娩、终止妊娠或者施行计划生育手术的参保地经办机构申请办理生育医疗费用零星报销，并应当提供以下资料：

1. 医保电子凭证或有效身份证件或社会保障卡；
2. 医院收费票据；
3. 费用清单；
4. 病历资料；
5. 《生育保险待遇申请表》（见附件3）。

**第十七条** 职工未就业配偶生育或者施行计划生育手术的，其生育医疗费用支付办法由地级以上市规定。

**第十八条** 用人单位已经垫付生育津贴的，可以在职工分娩、终止妊娠或者施行计划生育手术次日起3年内，向发生分娩、终止妊娠或者施行计划生育手术的参保地经办机构申请拨付生育津贴。职工产假或休假期间发生工作调动且连续缴费的，由垫付生育津贴的参保单位向发生分娩、终止妊娠或者施行计

划生育手术的参保地经办机构申请拨付生育津贴。用人单位申请办理生育津贴拨付时，应当提供以下资料：

1. 医保电子凭证或有效身份证件或社会保障卡；
2. 病历资料；
3. 《生育保险待遇申请表》（见附件3）。

鼓励有条件的地区通过定点医疗机构上传生育和计划生育医疗的信息，自动生成生育津贴应付天数。

各地规定由金融机构直接发放生育津贴的，按照其规定执行。

**第十九条** 职工按照规定享受产假或者计划生育手术休假期间，用人单位因被吊销营业执照、责令关闭、撤销等客观原因或者无正当理由未垫付生育津贴的，职工本人可以在产假或者计划生育手术休假结束后3年内，直接向发生分娩、终止妊娠或者施行计划生育手术的参保地经办机构申请拨付生育津贴。

**第二十条** 医疗保障经办机构受理生育医疗费用零星报销及生育津贴申请后，经审核，符合支付条件的，医疗保障经办机构应当在接到申请之日起20个工作日内拨付，并告知办理结果；不符合支付条件的，应当在20个工作日内作出不予支付的书面决定并说明理由和依据。

**第二十一条** 医疗保障经办机构按照女职工生育、终止妊娠享受产假天数及职工计划生育手术享受休假天数有关规定，核

定其可享受的生育津贴待遇。核定计算办法如下：

生育津贴=职工生育或者施行计划生育手术时用人单位上年度职工月平均工资÷30×规定的假期天数。

用人单位上年度职工月平均工资=本单位上一自然年度参保职工各月缴费工资之和÷其各月参保职工数之和。

本年度新参保的用人单位，生育津贴以该单位本年度参保职工月平均工资为基数计算。

同时存在两种以上计划生育手术情形，或者同时存在生育和计划生育手术情形的，合并计算享受生育津贴的假期天数。

**第二十二条** 职工享受生育津贴期间按规定连续参保，生育津贴超过30天的，医疗保障经办机构原则上按月拨付。产假或休假结束后向医疗保障经办机构申请拨付生育津贴的，可一次性拨付。

## 第六章 经办管理

**第二十三条** 医疗保障经办机构与符合规定的医疗机构签订的定点医疗服务协议内容包括生育医疗费用申报、审核、结算、拨付及争议处理等内容。根据生育保险管理需要，经办机构应当完善定点申请、组织评估和协议签订、协议履行、协议变更和解除等管理流程，强化定点医疗机构履约责任。

**第二十四条** 医疗保障经办机构应当加强定点医疗机构费用审核和结算支付管理，对定点医疗机构申报的费用建立规范

的初审、复审两级审核制度；重点核实各定点医疗机构上报的结算数据，确定应结算的费用总额后予以划拨。定期与定点医疗机构对账，严格按照时限要求拨付符合规定的医保费用。

**第二十五条** 生育保险会计核算采用收付实现制，会计记账采用借贷记账法，会计期间采用公历制起讫日期。

**第二十六条** 在“统筹基金”明细科目下设置“生育医疗费用支出”“生育津贴支出”等科目。按规定支付生育保险待遇时，按照实际支付的金额，借记本科目，贷记“支出户存款”科目。

**第二十七条** 医疗保障经办机构应当加强医疗保障基金支出管理，通过智能审核、实时监控、现场检查、定期和不定期稽查等方式及时审核医疗费用，经审查核实违规的医保费用，医疗保障经办机构不予支付。

**第二十八条** 医疗保障经办机构应按照《档案法》（主席令 第47号）、《社会保险业务档案管理规定（试行）》（人社部令 第3号）等法律法规及规章规定，建立健全业务档案管理工作制度，确保应归档保存的业务资料真实、完整、准确。

**第二十九条** 医疗保障经办机构应当定期通过政府网站等渠道向社会公布参加生育保险情况以及职工基本医疗保险基金的收入、支出、结余和收益情况，接受社会监督。

医疗保障经办机构对于职工、用人单位、医疗机构及其他有关单位、人员隐瞒事实真相、出具伪证或者以其他不正当手段参加生育保险、骗取生育保险待遇的，应记录在案，按照规

定将有关人员或者单位的违法信息及时纳入相关信用信息共享平台，并通过新闻媒体或者本单位门户网站予以公布。

**第三十条** 医疗保障经办机构应当对职工领取生育保险待遇情况进行核查，发现有违法情形的，应当及时移送医疗保障行政部门依法处理。

医疗保障经办机构及其工作人员未依法履行生育保险工作职责或者在生育保险工作中有违法违规行为的，依照《中华人民共和国社会保险法》（主席令第35号）、《医疗保障基金使用监督管理条例》（国务院令第735号）等法律法规的规定处理。

## 第七章 附 则

**第三十一条** 境外人员参加生育保险、享受生育保险待遇，按照国家有关规定执行。

**第三十二条** 本规程所明确生育医疗费用和生育津贴事项申办资料，按照国家和省医疗保障经办政务服务事项清单要求执行，并对照清单要求动态调整。各地可结合本地区实际，在全省清单基础上进一步精简办理流程、缩短办理时限。

**第三十三条** 本规程由省医疗保障局负责解释。本规程中所涉及相关规程如有变更或国家和省出台新规定的，从其规定。

**第三十四条** 本规程自2022年7月1日起施行，有效期3年。

- 附件：1.职工生育保险产前检查医疗机构定点表  
2.广东省异地就医生育保险登记备案表  
3.生育保险待遇申请表  
4.业务受理结果告知书  
5.补充材料告知书

## 附件 1

## 职工生育保险产前检查医疗机构定点表

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| 参保人姓名  |  | 联系人与联系电话                                |  |
| 身份证号码  |  | 预产期及办理时孕周                               |  |
| 男职工未就业配偶姓名<br>(不属未就业配偶的<br>无需填写)   |  | 男职工未就业配偶<br>身份证号码<br>(不属未就业配偶<br>的无需填写) |  |
| 是否参加基本医疗保险(男职工<br>未就业配偶填写)   | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 其他_____ |   |  |
| <b>申 请 选 定 医 院</b>   |  |   |  |
| 产检选定医院   |  | 产检选定医院所在城市                              |  |
| <b>个 人 意 见</b>   |  |   |  |
| <p>本人已知悉填报须知内容,同意申报,并授权经办机构通过信息共享方式查询本单位/个人与办理生育业务相关的信息,承诺所提供材料与信息均真实完整合法,符合办理业务条件。本次办理业务的其他承诺与告知内容陈述如下:</p> <p>1.本人本孕次符合国家计划生育政策。</p> <p>2.其他需承诺内容:</p> <p>温馨提示:反欺诈法律提示:以虚构劳动关系、伪造证明材料或者其他手段骗取社会保险待遇的,属于刑法第二百六十六条规定的诈骗公私财物的行为,将依法追究刑事责任。</p> <p>本人签名: _____ 填报日期: _____</p> |  |   |  |

- 注: 1.此表由参保人填写,并签名确认。  
2.本人承诺上述事项属实。

## 附件 2

## 广东省异地就医生育保险登记备案表

|  |  |         |                  |  |  |
|--|--|---------|------------------|--|--|
| 参保人姓名  |  |         | 身份证号码            |  |  |
| 联系电话   |  |         |                  |  |  |
| 人员类别   | <input type="checkbox"/> 职工<br><input type="checkbox"/> 职工未就业配偶<br><input type="checkbox"/> 其他：  |         | 登记类别             | <input type="checkbox"/> 新增<br><input type="checkbox"/> 变更   |  |
| 职工未就业配偶姓名（选填）  |  |         | 职工未就业配偶身份证号码（选填） |  |  |
| 是否符合国家生育政策   | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否  |         | 已生育子女            | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 1 名 <input type="checkbox"/> 2 名<br><input type="checkbox"/> 3 名 <input type="checkbox"/> 其他 _____ |  |
| 转往省（市、区）   |  | 地区（市、州） |                  | 县（区）   |  |
| 产前检查选定医院   |  |         |                  |  |  |
| 备案时间   | <input type="checkbox"/> 1. 计划生育      预计日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日<br><input type="checkbox"/> 2. 产前检查      预计日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日<br><input type="checkbox"/> 3. 生育            预产期： _____ 年 _____ 月 _____ 日 |         |                  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 本人<br><input type="checkbox"/> 被委托人<br>签名 |  |         | 填表日期             |  |  |

备注：1. 办理生育异地就医备案人员，其基本医疗保险同步备案至就医所在地。

2. 备案有效期为成功备案之日起，至所填备案时间的第 30 日止。

3. 本人承诺上述事项属实。

经办机构：      联系电话：      经办人：      经办日期：

## 附件 3

## 生育保险待遇申请表

### (请正反双面打印)

|       |  |        |  |                |  |
|-------|--|--------|--|----------------|--|
| 姓名    |  | 证件类型   |  | 有效身份证件号码或社保卡号码 |  |
| 经办人姓名 |  | 单位社保编号 |  | 联系电话<br>(可多填)  |  |

#### 未就业配偶信息

|    |  |       |  |
|----|--|-------|--|
| 姓名 |  | 身份证号码 |  |
|----|--|-------|--|

#### 申请项目信息

|                                   |   |   |   |           |      |
|-----------------------------------|---|---|---|-----------|------|
| <input type="checkbox"/> 生育保险医疗费用 | <input type="checkbox"/> 产前检查               |   |   | 发票总金额(元): |      |
|                                   | <input type="checkbox"/> 生育情况               | <input type="checkbox"/> 顺产 <input type="checkbox"/> 难产<br>胎儿数_____个  | 分娩时间:<br>年  月  日  | 发票总金额(元): |      |
|                                   | <input type="checkbox"/> 终止妊娠<br>(含宫外孕终止妊娠) | <input type="checkbox"/> 怀孕未满4个月, 医疗机构建议休假_____天<br><input type="checkbox"/> 怀孕4个月以上7个月以下<br><input type="checkbox"/> 满7个月  | 终止妊娠时间:<br>年  月  日                                      | 发票总金额(元): |      |
|                                   | <input type="checkbox"/> 计生手术情况             | <input type="checkbox"/> 流产时孕    月<br>(注: 应以B超结果为准, 如无B超结果的, 以医生诊断为准。)<br><input type="checkbox"/> 取环 <input type="checkbox"/> 放环<br><input type="checkbox"/> 输卵管结扎或复通<br><input type="checkbox"/> 输精管结扎或复通 | 施行计划生育手术时间:<br>年  月  日                                  | 发票总金额(元): |      |
| <input type="checkbox"/> 生育津贴     | 分娩或施行计划生育手术时间:            年    月    日       |   |   |           |      |
|                                   | 申请拨付账户<br>(涂改无效)                            | 账户性质  | <input type="checkbox"/> 个人 <input type="checkbox"/> 单位 |           |      |
|                                   |   | 开户名   |   | 开户行       | 银行支行 |
| 账号                                |   | 银行行号<br>(仅单位填写)   |   |           |      |

### 单位/个人意见

□（个人申请时填写）本人已知悉填报须知内容，同意申报，并授权经办机构通过信息共享方式查询本单位/个人与办理生育业务相关的信息，承诺所提供材料与信息均真实完整合法，符合办理业务条件。本次办理业务的其他承诺与告知内容陈述如下：

- 1.本人本孕次（      年    月    日分娩/施行计生手术）符合国家计划生育政策。
- 2.未曾在其他地市申报（医疗/生育）待遇。
- 3.其他需承诺内容：

本人签名：

本人联系电话：

填表日期：

□（单位申请时填写）本单位已知悉填报须知内容，同意申报，并授权经办机构通过信息共享方式查询本单位/个人与办理生育业务相关的信息，承诺所提供材料与信息均真实完整合法，符合办理业务条件。本次办理业务的其他承诺与告知内容陈述如下：

- 1.单位已与参保职工签订合法劳动合同，存在事实劳动关系。
- 2.用人单位已足额垫付生育津贴。
- 3.其他需承诺内容：

单位经办人签名：

单位经办人联系电话：

单位名称（盖章）：

填表日期：

温馨提示：以虚构劳动关系、伪造证明材料或者其他手段骗取社会保险待遇的，属于刑法第二百六十六条规定的诈骗公私财物的行为，将依法追究刑事责任。

备注：1.有雇工的个体工商户如没有单位印章的，可由经营者签名加盖指模替代。

2.本表由单位或个人填写。

3.如仅申请生育津贴，需填写“生育保险医疗费用”中有关情况（发票总金额一栏无需填写）。

## 业务受理结果告知书

XX（公司/先生/女士）：

        参保人/单位  （有效身份证件号  
码：                                ）于                        （时间）提出  
业务申请。经审核，参保人/单位                                的业务申请不  
符合                        规定，该项业务申请受理核定不通过。  
        特此告知。

（承办单位名称及印章）

XXXX年XX月XX日

备注：本告知书仅用于业务办理的书面提醒，不作为业务凭证或其他法律用途。



公开方式：主动公开

公开方式：主动公开

---

江门市医疗保障局办公室

2022年4月6日印发

---