

德州市红十字会
德州市卫生计生委
德州市民政局
德州市公安局
德州市人力资源和社会保障局
德州市财政局

文件

德红字〔2018〕19号

关于印发《德州市疾病应急救助基金
申报审核暂行办法》的通知

各县（市、区）红十字会、卫生计生局、民政局、公安局、人力资源和社会保障局、财政局，市政府有关部门、有关单位：

为加强疾病应急救助基金申报审核工作，规范操作流程，保证基金有效使用，根据《国务院办公厅关于建立疾病应急救助制度的指导意见》（国办发〔2013〕15号）、《财政部、卫生

计生委关于印发《疾病应急救助基金管理暂行办法》的通知》（财社〔2013〕94号）、《山东省人民政府办公厅关于贯彻国办发〔2013〕15号文件建立疾病应急救助制度的通知》（鲁政办发〔2014〕10号）、《山东省财政厅、山东省卫生和计划生育委员会关于印发《山东省疾病应急救助基金管理办法》的通知》（鲁财社〔2014〕5号）、《德州市人民政府办公室关于做好疾病应急救助有关工作的通知》（德政办字〔2015〕68号），我们制定了《德州市疾病应急救助基金申报审核暂行办法》。现印发给你们，请结合实际，认真贯彻执行。



2018年7月26日

德州市疾病应急救助基金申报审核暂行办法

为做好我市疾病应急救助基金申报审核工作，根据《德州市人民政府办公室关于做好疾病应急救助有关工作的通知》和《德州市疾病应急救助基金管理实施办法》，制定本办法。

一、基金支付范围

在本市行政区域内发生的需要急救但身份不明确或无力支付相应急救医疗费用的患者，医疗机构对其紧急救治所发生的符合《需要紧急救治的急危重伤病标准及诊疗规范》的费用，可向市红十字会申请疾病应急救助基金。

二、基金申报

（一）申报时间：

每年申报两次，第一次为上一年度12月至当年5月发生的费用；第二次为当年6月至11月发生的费用。

县（市、区）医疗机构疾病应急救助基金支付申请由所在县（市、区）红十字会审核同意后，分别于6月10日、12月10日前报送市红十字会。

市直医疗机构的申请于每年6月10日、12月10日前报送市红十字会。

医疗机构逾期未提出申请的，按照相应时段未发生该项费用处理。

（二）申报材料

1、医疗机构提出基金支付申请时提交以下材料：

(1) 德州市疾病应急救助基金支付申请表（附件 1）。

身份明确但无力缴费的患者，属于低保对象、特困人员的，由县级民政部门核查，并在申请表上签字盖章。其他属于非低保对象、特困人员的，由乡镇政府(街道办事处)核查，并在申请表上签字盖章。对无医疗保险报销的患者，同时须经县级人社部门核查签字盖章。

无法查明身份的患者，由辖区公安机关配合核查，并在申请表上签字盖章。

因交通事故受伤入院的，须经德州市公安局道路交通事故社会救助基金管理办公室对是否申请道路交通事故社会救助基金进行核查，签字盖章并填写垫付金额。

由市直医疗机构提出的基金支付申请，也可由市级相关部门核查签字盖章。

(2) 《疾病应急救助基金申请情况汇总表》（附件 2）。

(3) 患者门诊病历原件及复印件、住院病历原件及复印件。

(4) 医疗费用明细清单原件及复印件。

(5) 其他门诊有效发票原件及复印件。

(6) 其他补充材料。

2、县（市、区）红十字会提交以下材料：

(1) 医疗机构提交的材料。

(2) 《疾病应急救助基金申请情况汇总表》（附件 2）。

三、基金审核

(一)市疾病应急救助基金的审核由市红十字会负责组织市卫生计生委、市财政局、市民政局、市公安局、市人力资源和社会保障局及相关专家实施。

(二)对申请材料不齐全不规范的，限期补充完善。未按要求补充完善的，视为放弃申报。

审核工作分别在每年的6月底、12月底完成。

(三)审核公示。对审核通过的拟救助人员名单，在德州市红十字会网站进行公示，公示期5个工作日。

经公示无异议后，市红十字会将《德州市疾病应急救助基金申请审核情况统计表》(附件3)分别送市卫生计生委、市财政局。

四、档案管理

市红十字会建立疾病应急救助基金审核情况档案。将疾病应急救助基金支付申请表、疾病应急救助基金申请情况汇总表、疾病应急救助基金申请审核情况统计表整理归档。

对审核通过的，将患者门诊病历、住院病历、医疗费用明细清单、其他门诊有效发票等复印件和患者有关的证明材料、补充材料整理归档。将患者门诊病历、住院病历、医疗费用明细清单、其他门诊有效发票等原件返还县(市、区)红十字会。

对审核未通过的，将患者所有材料退回县(市、区)红十字会。

五、信息录入

市红十字会分别于每年6月10日、12月10日前在全国疾病应急救助信息登记平台录入相关信息。

六、本办法自公布之日起施行。

附件 1. 德州市疾病应急救助基金支付申请表

2. 疾病应急救助基金申请情况汇总表

3. 德州市疾病应急救助基金申请审核情况统计表

附件 1

德州市疾病应急救助基金支付申请表

医疗机构： (公章) 填报人： 填写时间： 年 月 日

| | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----|------|----|------|--|
| 患者姓名 | | 年龄 | | 性别 | | 身份证号 | |
| 来源途径 | 直接来院就诊 <input type="checkbox"/> 120 接诊 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> (文字说明) | | | | | | |
| 患者类型 | 门诊 <input type="checkbox"/> | 住院 <input type="checkbox"/> | 住院号 | | 诊断 | | |
| 救治时间： | | | | | | | |
| 代理人姓名 | | 工作单位 或住址 | | 联系方式 | | | |
| 情况简介： | | | | | | | |
| 救助类别： 身份不明 <input type="checkbox"/> 无力支付 <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| 患者总费用 | | 申请基金支付费用 | | | | | |
| 提交材料明细： | | | | | | | |
| 1. 门诊病历原件及复印件 <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| 2. 住院病历原件及复印件 <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| 3. 医疗费用明细清单原件及复印件 <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| 4. 其他门诊有效发票原件及复印件 <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| 5. 其他(请注明) | | | | | | | |

| | |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>公安部门(派出所) 意见</p> | <p><input type="checkbox"/>身份不明确</p> <p style="text-align: right;">(盖章) 年 月 日</p> |
| <p>市公安局道路交通事故社会救助基金管理办公室意见</p> | <p>申请道路交通事故社会救助基金情况: <input type="checkbox"/>已申请 <input type="checkbox"/>未申请</p> <p>垫付金额: 元</p> <p style="text-align: right;">(盖章) 年 月 日</p> |
| <p>人力资源和社会保障部门意见</p> | <p>救助对象参保情况: <input type="checkbox"/>已参保 <input type="checkbox"/>未参保</p> <p style="text-align: right;">(盖章) 年 月 日</p> |
| <p>民政部门(乡镇政府、街道办)意见</p> | <p>救助对象无负担能力情况:</p> <p>救助对象属于:</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/>城乡低保对象 <input type="checkbox"/>城乡特困供养人员</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/>其他(文字说明)</p> <p style="text-align: right;">(盖章) 年 月 日</p> |
| <p>卫生计生部门意见</p> | <p>医疗机构基金支付申请情况是否属实: <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</p> <p style="text-align: right;">(盖章) 年 月 日</p> |
| <p>县(市、区)红十字会意见</p> | <p>是否同意医疗机构基金支付申请: <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</p> <p style="text-align: right;">(盖章) 年 月 日</p> |
| <p>市红十字会意见</p> | <p><input type="checkbox"/>同意基金支付申请 支付金额: 元</p> <p><input type="checkbox"/>不同意基金支付申请</p> <p style="text-align: right;">(盖章) 年 月 日</p> |

注: ①在相应的空格“□”内勾选。

②此表一式三份,市红十字会、县(市、区)红十字会、医疗机构各留存一份。

附件 2

_____县（市、区）疾病应急救助基金申请情况汇总表

市（县）红十字会（公章）

填报人：

填写时间：

年 月 日

| 序号 | 患者姓名 | 年龄 | 性别 | 诊断 | 救助医疗机构 | 救助时间 | 救助类别（勾选） | | 患者总费用 | 申请基金支付费用 |
|-----|------|----|----|----|--------|------|----------|------|-------|----------|
| | | | | | | | 身份不明 | 无力支付 | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 合计： | | | | | | | | | | |

注：①统计时限： 年 月 日— 年 月 日

②此表一式四份：一份报市红十字会，县级卫计局、县级财政局、县（市、区）红十字会各留存一份。

附件 3

德州市疾病应急救助基金申请审核情况统计表

德州市红十字会(公章)

填报人:

填写时间:

年 月 日

| 序号 | 患者姓名 | 年龄 | 性别 | 诊断 | 救助医疗机构 | 救助时间 | 救助类别(勾选) | | 患者总费用 | 申请基金支付费用 | 基金审核情况 | |
|-----|------|----|----|----|--------|------|----------|------|-------|----------|--------|---------|
| | | | | | | | 身份不明 | 无力支付 | | | 同意支付金额 | 未同意支付金额 |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 合计: | | | | | | | | | | | | |

注: ①统计时限: 年 月 日— 年 月 日

②此表一式四份: 一份送市卫生计生委, 两份送市财政局, 一份市红十字会留存。

