岭政〔2021〕1号

岭北镇人民政府

关于开展补助岭北镇2021年度

医疗保险参保人员工作的通知

各行政村（社区）、企事业单位，各办公室（中心）：

为进一步压实基层自治责任（营造全域学习“枫桥经验”的良好氛围），提高基层解决实际问题、化解社会矛盾的能力和水平，经研究，决定对2019年度成功创建零上访镇的各行政村（社区）给予医保参保自费部分的奖励补助。现就我镇开展补助2021年度医疗保险参保人员工作相关事项通知如下：

1. 补贴对象
2. 给予补贴人员

岭北镇户籍人员及在岭北镇成功缴费参保2021年度绍兴市城乡居民基本医疗保险的人员（除不予补贴人员外）。

# 不予补贴人员

岭北镇户籍，2019年度赴诸暨市级及以上相关单位进行信访投诉，并有效登记的人员，包括其户内人员。不予补助。

二、补助标准和期限

# 岭北镇医疗保险参保人员补助标准分为每人200元、每人100元两级档次，分级奖励个人缴费部分，以2019年创建零上访镇（村）情况（市委〔2020〕2号）为依据：岭北周社区、岭顶村、三洲村每人补贴200元，其中100元由镇统一为村民投保“越惠保”，100元以补助形式发放；水带村、孚家湖村、金湾村、金山湖村、梅坞村每人补贴100元，其中同意参保越惠保的村民也由镇统一投保。

# 所需资金从我镇“零上访”创建补助资金中列支。医疗保险参保人员补助资金直接拨付给个人，同一人员不得重复申领医疗保险参保人员补助。

政策受理期限截至2021年3月20日，其中，2021年2月18日—3月10日为集中受理阶段，2021年3月11日—3月20日为集中审核拨付阶段。不符合补贴条件或未在规定时间内申请的个人，不享受医疗保险参保补助。

三、补助申领与兑现

（一）申请流程

# **1.城乡居民基本医疗保险参保人员**。无需申请，由镇级根据医保系统参保名单统一拨付。

**2.死亡人员**。2020年1月1日后（含），政策受理期限前死亡的人员可由父母、子女、配偶、实际赡养人（抚养人）等近亲属代为申请。

**3.其他**。

按照户籍归属地原则，符合条件的村民或城镇职工向户籍所在村（社区）提交申请，由所在村（社区）审核同意并签字盖章后报镇社会事业办，镇社会事业办对村（社区）提交的相关资料进行复审，复审通过并经公示无异议后，报镇财政所申请资金进行拨付，资金拨付按照岭北镇医疗保险补助专账资金拨付渠道实施。

（二）申请材料

1.必需材料：岭北镇医疗保险补助资金申请表（附件1）、岭北镇医疗保险补助申请人员花名册（附件2，纸质和电子版各一份）、身份证或户口簿（复印件）、市民卡（复印件）。

2.以上提交的所有资料须加盖村（社区）公章。

四、线办工作任务及职责

依据线办职责,对岭北镇补助2021年度医疗保险参保人员工作任务及职责明确如下:

（一）社会事业办：负责牵头综合协调，确保补贴工作及时实施，联系各线办对相关资料复审以及审核后资金发放等工作；

（二）民政线: 根据镇村（社区）提供的死亡人员申请名单,负责审核申报主体死亡情况是否属实；

（三）财政所:负责审核申报主体拨付渠道是否畅通，做好岭北镇医疗保险补助专账资金的对接落实；

（四）各村（社区）：负责辖区内人员补助申请的通知、受理、审核及信息汇总。

（五）社会治理办:负责补助发放工作中投诉信访及社会稳定工作。

五、工作要求

（一）加强组织实施。岭北镇补贴2021年度医疗保险工作是今年职业技能提升行动的重要内容，社会事业办牵头抓好组织实施，特别是要加强有效宣传，提高政策知晓度；各相关线办、村（社区）指定专人负责，报送申请名单等报表时，均须由经办人、村主职干部签字并加盖公章，所有资料须纸质和电子版同时报送。

（二）加快工作进度。切实推进线办联动，确保医疗保险补助发放工作尽快开展。优化经办服务，及时公开发布补助政策、服务机构及联系方式。补助资金的申请和拨付工作须在2021年3月底前基本完成。

（三）加强监督管理。健全岭北镇医疗保险补助专账资金监管机制，向社会公示享受政策的人员、补贴额度等内容，加强监督检查，对违规使用、骗取、套取资金的要依法依规严惩，涉嫌犯罪的及时移交司法机关处理。

本通知自发布之日起施行，如遇上级文件调整，按上级文件执行。

附件：1.岭北镇医疗保险补助资金申请表

2.岭北镇医疗保险补助申请人员花名册

岭北镇人民政府

 2021年1月15日

 岭北镇党政综合办公室　　　　　　 2021年1月15日印发

附件1：

岭北镇医疗保险补助资金申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申请人姓名** |  | **性别** |  | **出生年月** |  |
| **身份证号码** |  | **手机号码** |  |
| **家庭住址** |  |
| **补助形式** | **□ 投保“越惠保” □ 现金补助**  |
|  **申请原因****（√）** | **□ 未在本镇参保2021年度城乡居民基本医疗保险** **□ 死亡（死亡日期：＿＿＿＿＿ ）** **□ 其他（原因： ）** |
| **申领人签字** |  |
| **与参保人关系** |  | **身份证号码** |  |
| **市民卡号** |  | **手机号码** |  |
| **村（社区）初审** | **经办人签字： 村主职签字： 年 月 日** |
| **社会事业办审核** | **负责人签字： 年 月 日** |
|  |  |

注：本表一式2份，申请人员所在村（社区）、社会事业办各1份。本表需附领取人身份证、市民卡等。

附件2：

岭北镇医疗保险补助申请人员花名册

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **性别** | **身份证号码** | **补贴金额** | **补助方式** | **领取人** | **联系电话** | **市民卡号（银行卡）** |
| 1 |  |  |  |  | **□ 越惠保** **□ 现金补助** |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  | **□ 越惠保** **□ 现金补助** |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  | **□ 越惠保** **□ 现金补助** |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  | **□ 越惠保** **□ 现金补助** |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  | **□ 越惠保** **□ 现金补助** |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  | **□ 越惠保** **□ 现金补助** |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  | **□ 越惠保** **□ 现金补助** |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  | **□ 越惠保** **□ 现金补助** |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  | **□ 越惠保** **□ 现金补助** |  |  |  |

行政村（社区）：（盖章） 填表时间： 年 月 日

注：本表一式2份，申请人员所在村（社区）、社会事业办各1份