

晋城市总工会 办公室文件

晋市工办发〔2025〕16号

关于开展2026年度 职工大病医疗互助金收缴工作的通知

各县（市、区）总工会，晋城开发区总工会，各集团工会，各产业（系统）工会（工委），市直各基层工会：

晋城市职工大病医疗互助工作是维护职工医疗、健康等保障权益而开展的职工互助互济活动，是工会服务职工的传统特色工作。实施多年来，得到了社会各界和广大职工的认可，切实提升了职工群众的获得感、幸福感和安全感。为确保我市职工大病医疗互助工作的顺利运行，根据市总工会年度工作计划，决定开展2026年度职工大病医疗互助金收缴工作，现将有关事项通知如下：

一、参加范围和对象

凡本市辖区内机关、企业、事业单位、社会团体的在职职工（不含已离退休人员）及签定一年以上劳动合同或形成一年以上事实劳动关系的务工人员（男 61 周岁以下，女 56 周岁以下）。

二、缴费标准

职工大病医疗互助金收取标准为每人 50 元/年。互助金一经缴纳，不再退还。

三、缴费截止时间

职工大病医疗互助金收缴时间从 2025 年 10 月 9 日开始，2026 年 3 月 31 日结束。期间，网上信息申报平台开通，各参加单位应在规定时限内完成申报及缴费工作。逾期未缴费的视为自动放弃。

四、申报方式

各代办处要认真审核参加单位的申请材料，做好网上信息的录入上报工作，准确填报申请晋城市职工大病医疗互助活动所需资料，确保互助金按时足额上缴。

各参加单位电子资料的申报也可进入网站<http://union.thits.cn/>进行填报。使用各基层单位编码及密码进入晋城市职工大病医疗互助管理系统，将单位参加人员名册（规定的 EXCEL 格式）导入到申请资料里的人员名册中；将申请资料中的团体申请表按相应内容填写并保存。缴纳互助金后，持缴费凭证、《晋城市职工大病医疗互助团体申请表》《晋城市职工大病医疗互助人员名册》及工资表到市职工服务中心办理相关手续。

五、缴款方式

1. 各参加单位应以银行转账方式缴纳互助金，不接受现金缴纳。

单位全称：晋城市职工服务中心

银行全称：中国工商银行晋城泽州支行

行号：102168002943

账号：0506 0276 0902 4906 967

联系人：王文文 联系电话：2028879

史雅君 联系电话：2056380

2. 缴款单位必须在备注中标明单位名称、联系方式，并于交款一周内持缴费凭证到市职工服务中心财务室开票。

六、其它要求

1. 各级工会要积极主动，大力宣传，确保职工大病医疗互助金收缴工作顺利开展。

2. 各单位要认真核对参加人数。50人以下单位要求100%参加，50人以上单位参保人数不得低于在职人数的90%。

附件：1. 申请晋城市职工大病医疗互助所需资料

2. 晋城市职工大病医疗互助团体申请表

3. 晋城市职工大病医疗互助人员名册

4. 在职职工证明

晋城市总工会办公室

2025年9月10日



附件 1

申请晋城市职工大病医疗互助所需资料

1. 晋城市职工大病医疗互助团体申请表（纸质）
2. 晋城市职工大病医疗互助人员名册（纸质及 EXCEL 电子版）
3. 2025 年 9 月份工资表（复印件并加盖财务章）
4. 居民身份证复印件（新增人员及新参加单位提供）
5. 组织机构代码证复印件（新参加单位提供）
6. 在职职工证明

附件 2

晋城市职工大病医疗互助团体申请表

单位名称					
工会主席			联系电话		
经办人			联系电话		
单位在册 职工人数		上期互助人数		上期 参加比例	
本期 参加人数		本期 参加比例		增加或减少 人数	
每人缴费额		缴费总额			
缴费总额(大写)					
互助时间					
<p>经办人签字:</p> <p>工会负责人签字:</p> <p>单位工会盖章</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>					

附件 3

晋城市职工大病医疗互助人员名册

单位工会（盖章）：

序号	姓名	性别	年龄	身份证号码	健康状况	上期参否	备注
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

经办人：

填表日期：

年 月 日

附件 4

在职职工证明

晋城市职工服务中心:

兹证明 xxx (姓名), xxxxxxxxx (身份证号) 系我单位在职职工, xxx 时间所任职务(职称)为 xxxxx, 请你处给予办理 xx 期职工大病医疗互助金缴费工作。

以上所述均符合事实, 如有违规, 所产生的一切后果由我单位负责。

- 附件: 1. 任职文件
2. 聘用证书

特别说明: 职工已到退休年龄(男性 61 周岁, 女性 56 周岁)但未退休的缴纳互助金时应出具在职职工证明。

xx 年 xx 月 xx 日

(盖章)

