晋城市总工会

办公室文件

晋市工办发〔2024〕20号

关于开展2025年度在职职工职工大病医疗互助金收缴工作的通知

各县（市、区）总工会、晋城经济开发区总工会、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实施多年来，得到了社会各界和广大职工的认可，受益职工越来越多，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，根据市总年初工作计划，决定开展2025年度在职职工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60周岁以下，女55周岁以下）。

二、缴费标准

职工大病医疗互助收费标准为每人50元。**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2024年10月8日开始，2025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日期内完成申报及缴费工作。逾期不缴费的视为主动放弃。

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《2025年度在职职工职工大病医疗互助活动参加单位登记表》。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。根据各基层单位编码及密码进入晋城市职工大病医疗互助申报系统，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，市职工服务

中心不接收现金。

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处开票。

六、其它要求

1. 各级工会要积极动员广泛宣传，确保职工大病医疗互助金的收缴工作顺利开展。

2. 各单位要认真核对参加人数。50 人以下单位要求 98%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

2024 年 9 月 25 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. 9 月份工资表（复印件并加盖财务章）
4. 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

<table>
<tr><td>单位名称</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>工会主席</td><td colspan="2"></td><td>联系电话</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>经 办 人</td><td colspan="2"></td><td>联系电话</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>单位在册
职工人数</td><td></td><td>上期互助人数</td><td></td><td>上期
参加比例</td><td></td></tr>
<tr><td>本期
参加人数</td><td></td><td>本期
参加比例</td><td></td><td>增加或减少
人数</td><td></td></tr>
<tr><td>每人缴费额</td><td></td><td>缴费总额</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">缴费总额（大写）</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">互助时间</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="7">经办人签字:
工会负责人签字:

单位工会盖章
年 月 日</td></tr>
</table>

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），xxxxxxxx（身份证号）系我单位在职职工，xxx 时间所任职务（职称）为 xxxx，请你处给予办理 xx 期职工大病医疗互助缴费工作。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

xx 年 xx 月 xx 日

（盖章）

晋城市总工会办公室　　2024年9月25日印发