

# 晋城市总工会

---

晋市工职工服务中心函〔2020〕2号

## 关于做好2021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、各集团（系统）工会、市直各基层工会：

根据《晋城市人民政府转发市总工会〈关于开展职工大病医疗互助活动的实施方案〉的通知》（晋市政发〔2007〕34号）文件规定和市总年初工作计划，决定启动2021年度职工大病医疗互助活动，现就有关要求通知如下：

### 一、互助金收缴时间

职工大病医疗互助金收缴时间定于2020年10月9日开始，2020年12月31日结束。逾期不交费的视为主动放弃。

### 二、缴费标准、互助期限和补偿办法及标准

职工大病医疗互助缴费标准为每人50元。互助期时间2021年1月1日至2021年12月31日。补偿办法及标准以《关于开展2019年度职工大病医疗互助活动并对有关事项进行调整的通知》（晋市工发〔2018〕57号）为准。即：住院申请补偿门槛为10000元，最高补偿金额不超过30000元，

---

最高补偿比例不超过审核总费用的 95%；慢性病申请补偿门槛为 5000 元，最高补偿比例为审核总费用的 95%，最高补偿金额不超过 10000 元。

### 三、互助金收缴工作的要求

1、各级工会要广泛宣传积极动员，切实做好 2021 年度互助金的收缴工作，确保活动顺利开展。

2、各单位要认真核对参加人数，2021 年退休人员将不能参加当期互助活动。互助金一经缴纳，不再退还。

3、各代办处要做好信息录入上报工作。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《\_\_\_\_年度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。

4、晋城市职工大病医疗互助中心户名、开户行及账号

户 名：晋城市职工大病医疗互助中心

开户行：中国工商银行晋城泽州支行

行 号：102168002943

账 号：0506027629024901275

联系人：李 栋 联系电话：2028879

史雅君 联系电话：2056380

附件：

1、参加大病医疗互助所需材料。

- 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。

晋城市职工大病医疗互助中心

2020年9月28日



附件一：

## 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）

附件二：

## 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					
经办人签字： 工会负责人签字：  单位工会盖章 年 月 日			审核员签字： 主任签字：  晋城市职工大病医疗互助中心 (盖章) 年 月 日		

附件三：

## 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