



各区医保局、人社局、税务局、教育局，有关单位：

为落实《市医保局 市财政局 市人社局 市税务局关于做好2022年城乡居民基本医疗保险工作的通知》（津医保局发〔2022〕61号），做好本市城乡居民基本医疗保险工作，现将《2023年度城乡居民基本医疗保险宣传提纲》印发给你们，请结合工作实际，做好贯彻落实工作。

附件：《2023年度城乡居民基本医疗保险宣传提纲》

市医保局 市人社局

市税务局 市教委

2022年9月23日

（此件主动公开）

2023年度城乡居民基本医疗保险宣传提纲

一、参保范围

(一) 城乡未就业居民、从事新就业形态等灵活就业人员

具有本市户籍或持有《天津市居住证》、《港澳居民居住证》、《台湾居民居住证》、《中华人民共和国外国人永久居留身份证》等有效证件。

(二) 学生儿童

1.在校学生：本市高等学校、中等职业学校、普通中小学校、特殊教育学校等全日制学校就读的在校学生；

2.托幼机构儿童：本市幼儿园、托儿所、保育院的儿童；

3.未入学入托的儿童及新生儿：本市户籍或持有《天津市居住证》、《港澳居民居住证》、《台湾居民居住证》、《中华人民共和国外国人永久居留身份证》等有效证件。

二、缴费标准

(一)

城乡未就业居民、从事新就业形态等灵活就业人员

，参加2023年度本市城乡居民基本医疗保险（以下简称居民医保），选择高档缴费的人员每人每年980元，选择低档缴费的人员每人每年350元。

(二) 学生儿童

按照低档个人缴费标准缴费，每人每年350元，享受高档缴费报销待遇。

(三)

特困人员、部分优抚

对象、离休干部无固定收入的配偶和孤儿

，参加2023年度居民医保个人缴费部分按照100%的比例全额资助，个人无需缴纳费用。

(四)

本市最低生活保障对象、最低生活保障边缘家庭成员、其他重度残疾人（指未享受本市特困人员、最低生活保障对象、最低生活保障边缘家庭成员待遇的重度残疾人）（

以下统称

“其他重度残疾人

”）、享受国家助学贷款高校学生等

困难群众

，参加2023年居民医保，按照90%的比例定额资助，其余10%费用由个人缴纳，具体为每人每年35元。其他重度残疾人自行选择更高缴费档次参加居民医保，个人缴费部分不再享受定额资助参保政策。

三、登记缴费

(一) 集中申报缴费期

2023年度本市居民医保集中申报缴费期为2022年9月至12月，符合参保条件的成年居民和学生儿童，持有效证件和相关材料到指定地点办理2023年度居民医保参保登记缴费手续。

(二) 分类登记

1.在校学生和托幼机构儿童，以所在学校或托幼机构为单位，到所在区社保分中心办理参保登记。申请国家助学贷款的院校学生，仍由学校组织集中参保登记。各学校应对本校特殊人员，做好身份核实、信息比对工作，按规定做好参保动态管理。

2.因退学、辍学等原因离开学校或托幼机构的学生儿童，可到所属街（镇）综合服务机构办理参保登记。其中，未满十八周岁的继续以学生身份办理参保登记，年满十八周岁的按照成年居民身份办理参保登记。

3.新生儿自出生之日起，一年内可随时到所在地街（镇）综合服务机构办理参保登记手续。符合本市“新生儿出生”一件事改革适用范围的新生儿，应按照“新生儿出生”一件事有关规定和流程办理参保登记手续。

4.农村居民，以行政村为单位，到村所属街（镇）综合服务机构办理参保登记。

5.其他未就业居民及从事新就业形态等灵活就业人员，持本人有效证件到户籍所在地或经常居住地街（镇）综合服务机构办理参保登记。

6.入住在老年福利院、儿童福利院、社会福利院及其他福利机构的人员，以福利机构为单位，到所在区社保分中心办理参保登记。

7.本市医疗救助对象（最低生活保障对象、特困人员、最低生活保障边缘家庭成员等人员）、部分优抚对象、其他重度残疾人员、离休干部无固定收入的配偶等人员分别由市民政局、市退役军人局、市残联、市委老干部管理部门负责向市医保中心提供相关信息，由市医保中心负责统一办理参保登记。上述人员参保时限，由各主管部门认定身份后，进行集中统一参保登记，12月底实现应保尽保，并按自然年度享受基本医保待遇。

8.因与用人单位终止或解除劳动合同的中断职工医疗保险缴费人员（以下简称：中断职工医保人员）：在解除、终止劳动合同后或领取失业金期满三个月内，可持本人有效证件到户籍所在地或经常居住地街（镇）综合服务机构办理参保登记，并可在集中申报缴费期内，到税务部门继续申请下一年度本市城乡居民基本医疗保险缴费。

（三）申报及缴费

1.学校、托幼机构、福利机构等单位，在区社保分中心办理参保登记后，向税务部门申请代办社会保险费系统（以下简称代办系统），再依据居民参保信息，确定缴费档次，核定缴费金额，在规定时限内，选择授权（委托）划缴协议缴款或银行端查询缴费凭证缴款方式一次性缴纳费款。

2.农村居民、其他未就业居民及从事新就业形态等灵活就业人员到街（镇）综合服务机构办理参保登记后，由街（镇）综合服务机构依据居民参保信息，通过代办系统，确定缴费档次，核定缴费金额，打印《国家税务总局天津市税务局社会保险费缴费通知单》（以下简称《缴费通知单》）。

以行政村代农村居民申报缴费的，街（镇）综合服务机构为农村居民办理参保登记后，依据居民参保信息，通过代办系统，确定缴费档次，核定缴费金额，在规定时限内，选择银行端查询缴费凭证缴款方式缴纳费款。

3.最低生活保障对象、最低生活保障边缘家庭成员、其他重度残疾人等困难人员，由市医保中心统一办理参保登记后，可就近到街（镇）综合服务机构打印《缴费通知单》，并选择到税务部门协议商业银行网点、办税服务厅缴费或通过手机APP、网上税务局、POS刷卡一次性缴纳费款。

4.享受国家助学贷款院校学生由学校统一代收，到辖区社保经办机构办理参保登记后，由各级院校选择授权（委托）划缴协议缴款或银行端查询缴费凭证缴款方式一次性缴纳费款。

5.自2023年度起，本市各级各类院校新入学学生参加居民医保，取消按学年趸缴居民医保费机制，采取按年度申报缴纳居民医保费。

6.按照《天津市城乡居民基本养老保险实施办法》（津政发〔2014〕19号）规定，领取生活补助费的城乡老年人，自2023年度起，应自愿选择缴费档次参加居民医保，不再实施从其生活补助费中扣缴个人应缴纳的居民医保费。

7.缴费方式：所有缴费人应当在规定时限内，选择到税务部门协议商业银行网点、办税服务厅缴费或通过手机APP、网上税务局、POS刷卡一次性缴纳费款。

(1) 银行临柜缴费：缴费人持《银行端查询缴费凭证》或《缴费通知单》，到协议商业银行网点临柜缴费。协议商业银行包括：中国银行、农业银行、工商银行、建设银行、天津银行、邮储银行、光大银行、农商银行、招商银行、中信银行、交通银行、滨海农商银行、渤海银行、兴业银行、浦发银行、民生银行、齐鲁银行。

(2) 天津税务手机APP缴费：缴费人可登录国家税务总局天津市电子税务局网站，或通过《缴费通知单》，用手机扫描二维码，下载注册“天津税务”手机APP，然后通过天津税务手机APP自助缴费。

(3) 电子税务局缴费：缴费人可登录国家税务总局天津市电子税务局网站，通过自然人登录方式，自助缴费。

(4) 微信、支付宝缴费：缴费人通过微信、支付宝APP的居民医保缴费模块，或者通过扫描居民医保云缴费二维码，自助缴费。

(5) 办税服务厅缴费：缴费人前往办税服务厅，通过现金或使用智能POS机刷卡、扫码缴费。

(6) 银联缴费：缴费人通过银联APP的居民医保缴费模块自助缴费。

(四) 信息变更

1.参保信息变更：涉及姓名、公民身份证号码等信息发生变更的，参保人员应在市(区)社保经办机构或所属地街(镇)综合服务机构办理变更手续后，到所属主管税务局办税服务厅办理信息变更。

2.其他信息变更：已办理缴费结算的人员涉及住址、所属地街(镇)等信息发生变更的，应持本人有效证件到参保登记的区社保分中心办理变更手续。在街(镇)综合服务机构办理参保登记的，应通过街(镇)综合服务机构向区社保分中心报送相关材料办理变更手续；未办理缴费结算的人员，可持本人有效证件直接在街(镇)

综合服务机构或区社保分中心办理变更手续。

(五) 退费处理

已办理缴费结算，符合退保有关规定的，尚未进入居民医保待遇享受期的参保人员，可凭本人申请到所属主管税务局办税服务厅或通过天津市电子税务局、天津税务手机APP社保费个人预缴退费功能办理退费手续，并由相关部门按程序进行退付。

已经进入居民医保待遇享受期的参保人员，不办理退费手续。入学一年内获得国家助学贷款的院校学生，可在获得助学贷款年度内申请办理退费手续。对于因死亡造成退费的人员，申报时限为参保年度的12月31日以前，逾期不再受理。

四、参保缴费与待遇享受

(一) 凡按规定在2023年度居民医保集中申报缴费期内参保缴费的人员，待遇享受期为2023年1月1日至12月31日。参加本市居民医保的参保人员，可免费享有居民大病保险等相关待遇，个人不用额外缴费。

(二) 未参加当年度居民医保的新入学入托学生儿童，在2023年度集中申报缴费期内，以学校、托幼机构为单位办理2023年度本市居民医保参保缴费的，当年9月1日至12月31日享受当年度居民医保待遇，次年1月1日至12月31日享受2023年度居民医保待遇。

(三) 新生儿自出生之日起四个月(含)内办理当年度参保缴费手续的，从出生之日起享受当年度居民医保待遇；自出生之日起四个月后办理当年参保缴费手续的，从缴费次日起享受当年度居民医保待遇。新生儿在2022年9月至12月内出生，并办理了2023年度参保缴费手续的，自出生之日起至12月31日享受当年度居民医保待遇，次年1月1日至12月31日享受2023年度居民医保待遇。

(四) 未在本市居民医保集中申报缴费期内办理2023年度居民医保参保登记、缴费手续的人员，可在2023年内随时办理当年度居民医保参保相关手续。

1.已连续参加基本医疗保险2年及以上（不含补缴）且中断缴费3个月内重新参加当年度本市居民医保的参保人员，自参保缴费次日起享受待遇，超过3个月的，设置6个月待遇享受等待期，等待期期间发生的医疗费用，居民医保不予报销；

2.已连续参加基本医疗保险2年及以上（不含补缴）且中断缴费3个月内重新参加本市职工医保的参保人员，自参保缴费之月起享受待遇，超过3个月的，设置6个月待遇享受等待期，等待期期间发生的医疗费用，职工医保不予报销。

3.未连续参加基本医疗保险2年及以上（不含补缴）参加本市居民医保的参保人员，设置6个月待遇享受等待期，等待期期间发生的医疗费用，居民医保不予报销；

（五）居民大病保险待遇享受期同居民基本医疗保险。

五、待遇标准

（一）居民基本医疗保险

参保人员与所属基层医疗机构家庭医生签约，从签约次月起，个人门诊医保额度增加200元，支付比例提高五个百分点。具体办法按照居民医保现行政策执行。

（二）居民大病保险

在一个年度内，参保人员患病住院（含门诊特殊疾病），在基本医疗保险报销后，政策范围内个人负担起付线以上、30万元（含）以下的医疗费用，按规定纳入居民大病保险给付范围。自2023年起，城乡居民大病保险各费用段报销比例提高5个百分点，将居民医保门（急）诊政策范围内个人负担的医疗费用纳入居民大病保险保障范围。职工大病参照执行。

2023年度居民大病待遇标准

起付线：按照上一年度居民人均可支配收入的50%确定。医疗救助对象居民大病保险起付线在普通人群的基础上降低50%，报销比例提高5个百分点，取消封顶线。

(三) 医疗救助

自2023年起，医疗救助对象按照以下标准享受医疗救助待遇。

1.门诊救助：医疗救助对象在医疗救助定点医药机构门诊发生的符合基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施标准以及急诊、抢救等报销范围内医疗费用，基本医疗保险按规定报销后的个人负担部分，按规定比例和限额给予门诊救助。救助标准为：政策范围内个人自付部分救助50%，不设起付标准，最高救助限额为特困人员1000元，其他救助对象400元。

2.住院（含门诊特定疾病）救助：医疗救助对象在本市医疗救助定点医疗机构住院（含门诊特定疾病）治疗期间发生的符合基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录和医疗服务设施目录的医疗费用，在基本医疗保险、大病保险报销后政策范围内个人负担部分，按规定比例给予住院救助。救助标准为：特困人员、低保对象住院医疗救助不设起付线，救助比例分别为75%、70%；低保边缘家庭成员住院救助起付线标准按照上年度发布的本市居民人均可支配收入的10%确定，救助比例为65%。

3.重特大疾病医疗救助：对基本医保、大病保险和住院医疗救助等支付后个人住院医疗费用负担仍然较重的医疗救助对象，实施重特大疾病医疗救助，起付标准1万元，救助比例为50%，最高救助限额为20万元。

六、垫付报销

(一) 居民医保和大病保险

参保人员产生的垫付医疗费用，居民医保与大病保险一同申报。

1.受理审核：以行政村、家庭及专户为单位参保人员发生的垫付医疗费用，凭相关材料到社区工作站或街（镇）综合服务机构申报。街（镇）综合服务机构受理后，录入居民医保支付系统，及时上传并将申报材料移交至区医保分中心（或居民医保服务中心）。未及时申报的，可参照职工医保垫付报销有关规定执行。

以学校、托幼及福利机构为单位的参保人员发生垫付医疗费用，由本人或学校持相关材料到所在地区医保分中心（或居民医保服务中心）申报。区医保分中心（或居民医保服务中心）应及时录入居民医保支付系统，并完成费用上传工作，市医保中心、市结算中心应及时完成转财支付工作。

因退学、辍学、学业期满未就业等原因离开学校或托幼机构的学生儿童发生垫付医疗费用报销时，本市户籍的由所属街（镇）综合服务机构负责；非本市户籍的由所属区医保分中心负责，统一按照垫付报销流程办理报销手续。

2.费用支付：医保报销医疗费用原则上实行社会化发放。市医保中心、市医保结算中心通过代理支付的银行定期将审核支付金额划转至已激活的个人社会保障卡账户。对暂未领取社会保障卡的参保人员，在首次办理垫付医疗费用申报手续时，应当到所在地街（镇）综合服务机构或区医保分中心办理结算账户开立手续。

（二）居民生育保险

1.登记：参保人员怀孕后，应及时到居住地或户籍地街（镇）计划生育管理部门办理生育服务登记；已进行生育登记的参保人员应到基层定点医疗机构联网办理生育保险待遇登记。因故不能联网办理的，可到所属街（镇）综合服务机构或区医保分中心办理。

2.受理审核与支付：参保人员在本市因特殊原因未刷卡就医发生符合规定的个人垫付医药费用，应向所属街（镇）综合服务机构申报，经医保经办机构审核后，由城乡居民生育保险按照规定标准支付。参保人员住院期间跨参保年度的，本次住院发生的费用按照住院登记参保年度城乡居民生育保险待遇支付。

按照国家和我市待遇清单制度要求，适时清理规范居民生育保险制度，妥善做好政策衔接，居民生育医疗费用纳入基本医疗保障。具体办法另行制定。

七、异地就医管理

(一) 人员范围

按规定参加城乡居民医疗保险的跨省异地长期居住人员和跨省临时外出就医人员，可以申请办理跨省异地就医直接结算。

1.跨省异地长期居住人员：主要是指长期在异地工作、生活的参保人员，包括异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员等长期在外地工作、居住、生活的人员。

2.跨省临时外出就医人员：主要是指异地转诊就医人员，因工作、旅游等原因异地急诊抢救人员以及其他符合政策规定的跨省临时外出就医人员。

(二) 异地就医备案

跨省异地就医前，参保人通过“国家医保服务平台”、“津医保”、“津心办”等APP自助开通异地就医直接结算备案，也可通过我市医保经办机构服务窗口办理跨省异地就医备案手续。

(三) 报销待遇

跨省异地就医直接结算的住院、普通门诊和门诊慢特病医疗费用，原则上执行就医地规定的支付范围及有关规定（基本医疗保险药品、医疗服务项目和医用耗材等支付范围），执行参保地规定的基本医疗保险基金起付标准、支付比例、最高支付限额、门诊慢特病病种范围等有关政策。跨省异地就医垫付报销医疗费用，执行本市

支付范围及有关规定。

(四) 就医结算

跨省异地就医人员可享受居民基本医疗保险、居民大病保险和城乡医疗救助等多种保障待遇，实行“一站式”服务和“一单制”结算。如因特殊情况造成无法直接结算的，需持相关材料回到参保地经办机构，按照我市的支付范围及相关规定进行手工报销。学生儿童随父母异地生活（或回原籍）期间的垫付医疗费用，参照执行。

(五) 门特登记

异地就医人员患有门诊特定疾病的，按规定到具有鉴定资格的本市医疗机构鉴诊并办理门特登记手续。也可经其选定的异地最高级别医疗机构鉴诊，凭诊断证明和相关检查结果，到我市医保经办机构办理。

(六) 其他情况

一个待遇享受期内，参保患者在定点医疗机构住院治疗二次以上的，从第二次住院治疗起，不再收取起付标准。

《2023年度城乡居民基本医疗保险宣传提纲》印发后，如遇政策调整，依据最新有效政策执行。

津云新媒体编辑 李意

来源：天津政务网