

索引号:	11220000MB19566296/2022-01842	分类:	医保经办管理;通知
发文机关:	吉林省医疗保障局	成文日期:	2022年05月26日
标题:	关于印发《吉林省基本医疗保险参保管理经办规程》的通知		
发文字号:	吉医保联〔2022〕11号	发布日期:	2022年06月15日

关于印发《吉林省基本医疗保险参保管理经办规程》的通知

吉医保联〔2022〕11号

各市（州）医疗保障局、财政局、税务局、社会保险事业管理局，长白山管委会医疗保障局、财政局、税务局、社会保险事业管理局，梅河口市医疗保障局、财政局、税务局、社会保险事业管理局：

为规范基本医疗保险参保管理工作，统一经办流程，提高服务质量，保障参保群众权益，根据《国家医保局 财政部 国家税务总局关于加强和改进基本医疗保险参保工作的指导意见》（医保发〔2020〕33号）、《国家医保局办公室 财政部办公厅 国家税务总局办公厅关于印发〈基本医疗保险参保管理经办规程〉的通知》（医保办函〔2021〕11号）、《国家医保局办公室 财政部办公厅关于印发〈基本医疗保险关系转移接续暂行办法〉的通知》（医保办发〔2021〕43号）等有关规定，结合我省实际制定了《吉林省基本医疗保险参保管理经办规程》（以下简称《规程》），现印发给你们，请遵照执行。现将有关工作要求通知如下：

一、加强部门协同配合

各地区要加强部门信息系统建设和信息核验，防止同一参保人在同一时间段内重复参保缴费，按照巩固完善全民医保和依法依规分类参保要求，以户籍人口和常住人员信息为基础，依托医保信息平台建立健全本地区全民参保数据库，完善本地区医保、公安、民政、人力资源社会保障、卫生健康、退役军人、市场监管、税务、教育、残联、乡村振兴等部门数据共享交换机制，加强人员信息比对和会商，核实断保、停保人员情况，实现参保信息动态更新。

二、推进参保扩面工作

各地区要持续推进参保扩面工作，建立参保扩面跨部门会商工作机制。落实居住证参保政策，进一步放开参保户籍限制。适应平台经济、共享经济等新经济、新业态发展，完善新就业形态劳动者参保缴费方式。提供线上及线下代办、代缴、预缴、批扣等便民参保缴费方式，保证线上、线下双渠道受理畅通，推进参保缴费全环节、全流程“网上办”、“掌上办”。同时要通过信息

共享机制精准服务未参保人群，积极提升参保管理质量，巩固提高参保覆盖率。

三、推动事项联办通办

各地区要按照医保政务服务事项“跨省通办”工作内容，依托医保信息平台做好医保参保登记服务事项“跨省通办”工作，同时要按照全省统一部署加快实现高频医保政务服务事项“省内通办”，异地就近可办，满足参保人员异地办事需求。积极推动“参保一件事”“出生一件事”等政务服务事项融合办理，医保与政数、税务、人力资源社会保障部门等协同制定工作规程和业务流程，推动事项联办快速落地，实现参保缴费业务“一窗通办”“一站式联办”“一厅联办”。

四、落实工作责任

各地区要高度重视，统一思想，认真落实《规程》相关要求，切实加强组织领导，压实各级责任，保证政策按时落地。同时要将参保计划完成情况、参保管理质量等工作纳入绩效考核。省级医保经办机构应根据《规程》制定各项业务操作规范。

五、加强参保管理

各地区要按照《规程》相关要求，认真做好各项参保管理工作，做实参保基础数据，夯实缴费基数。做好医疗保险转移接续工作，加强参保数据比对和动态维护，防止出现“漏报”“断保”和“重复参保”。

六、做好宣传培训

各地区要按照《规程》相关要求，做好业务培训和业务实操，提高工作人员业务能力，提升服务水平，确保每个经办窗口和经办人员熟悉办理流程，保证为参保群众提供优质高效便捷的医保服务。同时要加大宣传力度，创新宣传方式，拓展宣传渠道，提升全民参保意识，切实维护参保人合法权益。

吉林省医疗保障局 吉林省财政厅

国家税务总局吉林省税务局 吉林省社会保险事业管理局

2022年5月26日

（此件主动公开）

吉林省基本医疗保险参保管理经办规程

第一章 总则

第一条 为规范我省基本医疗保险参保经办管理，有效提升参保服务质量，做实基本医保参保数据，按照《国家医保局 财政部 国家税务总局关于加强和改进基本医疗保险参保工作的指导意见》（医保发〔2020〕33号）、《国家医保局办公室 财政部办公厅 国家税务总局办公厅关于印发〈基本医疗保险参保管理经办规程〉的通知》（医保办函〔2021〕11号）、《国家医保局办公室 财政部办公厅关于印发〈基本医疗保险关系转移接续暂行办法〉的通知》（医保办发〔2021〕43号）要求，结合我省实际，制定本规程。

第二条 本规程适用于全省各级医保经办机构办理基本医疗保险参保登记（以下简称“参保登记”）。主要包括参保关系管理、重复参保关系处理、医保费退费、医保待遇衔接等内容。

第三条 各级医保、税务、财政、社保部门按照各自职责分工，做好参保管理经办服务工作。其中，医保部门负责办理参保登记、医保费核定、医保待遇核定、个人权益记录及稽核管理等工作；税务部门负责医保费征收、票证管理等工作；财政部门负责按规定足额安排财政补助资金并及时拨付到位，对享受资助参保政策的特殊人群，做好资助参保资金拨付工作；社保部门负责为享受失业保险待遇人员申请办理医保参保缴费。各部门协同配合确保足额缴费、人费对应，保证特殊人群及时纳入基本医保制度覆盖范围。

第四条 省级医保经办机构负责统筹安排全省医保经办机构参保管理经办服务工作，集中全省参保人员医保业务基础信息。负责对省直参保单位参保及缴费基数情况进行稽核。同时，落实本规程要求，做好省直参保管理工作，履行宣传告知义务。

各市（州）级医保经办机构负责做好本级及协调所辖行政区内各级医保经办机构落实本规程要求，做好本地参保管理工作，履行宣传告知义务；负责对本级参保单位参保及缴费基数情况进行稽核。

各县（区）医保经办机构按照本规程落实好参保管理工作，为群众提供优质高效的参保服务，履行宣传告知义务；负责对本级参保单位参保及缴费基数情况进行稽核。

第五条 各级医保经办机构依托医保信息平台为参保单位（人）提供办理参保登记、医保关系转移接续、医保关系暂停（中止）、终止及缴费基数核定等公共服务和信息核验，充分利用“互联网+”、云服务、人工智能、在线平台、移动5G等先进技术、优势载体，创新服务方式，简化业务流程。同时建立应急处理预案机制，保证业务按时受理、办理。

第二章 参保关系管理

第一节 基础管理

第六条 本规程所称“参保登记”是指吉林省医疗保障部门政务服务事项清单所列的单位参保登记、职工参保登记和居民参保登记，包括参保单位（人）参保信息及参保状态变更登记。

第七条 本规程所称“参保识别码”，是指医保经办机构依职责办理职工参保登记和居民参保登记时录入参保单位（人）参保登记信息的识别码。参保单位（人）的参保识别码录入，应当遵照以下原则：

（一）中国公民（不含港澳台）以身份证号码作为参保的唯一识别码进行参保登记；

（二）港澳台人员以港澳居民来往内地通行证或港澳台居民居住证号码作为参保的识别码进行参保登记；

（三）外国人以外国护照或外国人永久居留证号码作为参保的识别码进行参保登记；

（四）参保单位以统一社会信用代码作为单位参保的唯一识别码进行参保登记；

（五）无统一社会信用代码证的单位、无户口人员等其他无合法证件的单位及人员，参保识别码规则由省级医保经办机构另行规定，办理参保登记时依托医保信息平台自动生成。

第八条 本规程所称“参保登记状态”，是指参保人员在医保信息平台的人员参保信息状态，包括“正常参保”“暂停（中止）参保”和“终止参保”。

（一）正常参保。指已办理职工或居民医保参保登记且未办理医保暂停（中止）、终止业务的参保人员，参保登记状态一般为“正常参保”。

（二）暂停（中止）参保。因就业、迁徙、调转、辞职、判刑等原因办理职工或居民医保暂停（中止）参保业务的参保人员，参保登记状态为“暂停（中止）参保”。

（三）终止参保。因死亡、移民国外等原因办理职工或居民医保终止参保业务的参保人员以及重复参保清理、医保关系转出的参保人员，参保登记状态为“终止参保”。

第九条 本规程所称“缴费状态”，是指参保人员在规定时限内，按照医保经办机构核定的医保费金额缴纳医保费的情况，包括应缴状态、实缴状态及中断缴费。

（一）应缴状态。指参保单位（人）已核定应当缴纳的医保费，但尚未实收到账。

（二）实缴状态。指参保单位（人）应当缴纳的医保费已实收到账。

(三) 中断缴费。指参保人员未及时足额缴纳医保费或因暂停（中止）、终止参保导致缴费记录中断。

第十条 本规程所称“待遇状态”，是指医保经办机构根据参保人员的参保登记状态、缴费状态及相关医保待遇规定，判断参保人员医保待遇资格。参保人员参保状态为“正常参保”且缴费期内应缴核定为实缴的，其缴费期内（待遇享受等待期外）可按规定享受医保待遇；参保人员参保信息状态为“暂停（中止）参保”的，但在暂停（中止）参保前已存在实缴记录的，仍可在其缴费期内（待遇享受等待期外）按规定享受医保待遇，按规定发生的医疗费用通过医保信息平台直接结算；参保人员参保信息状态为“终止参保”的，在其终止参保前（待遇享受等待期外）发生的医疗费用按规定给予报销。

第十一条 本规程所称“医保缴费年限”由实际缴费年限和视同缴费年限构成。

(一) 省内实际缴费年限。参加职工医保人员在我省省内实际参保缴费的年限；我省职工医保制度实施以后军人服役期间的军龄、由部队保障的随军未就业配偶随军期间的缴费年限。

(二) 省外实际缴费年限。在省外参加职工医保并缴费的年限。

(三) 其他按照国家、省规定应当认定为实际缴费的年限。

(四) 视同缴费年限。我省职工医保制度实施以前符合国家和我省规定的工龄、军龄或工作年限、未就业配偶随军期间的缴费年限。

第十二条 本规程所称“城乡居民基本医疗保险（以下简称“居民医保”）集中预缴期”是指为满足居民医保年度缴费规定及预缴制度需要，设置的居民医保集中缴费时间。因医保关系转移接续、首次参保等原因，未在集中预缴期及时参保缴费的参保人员，可在集中预缴期外申请居民医保参保登记及缴费业务。

第十三条 职工医保参保月数按照职工医保费对应的费款所属期月数计算；居民医保参保月数按照实际已参加居民医保月数计算。同一参保时间内，重复参保的缴费年限不累计计算。

第十四条 基础信息包括参保单位（人）相关参保信息、享受资助参保的特困人员、低保对象及其他农村低收入人口，重度残疾人、被征地农民等特殊人群身份信息标识。各级医保经办机构根据税务、民政等相关部门反馈的特殊人员身份信息及医保缴费情况，准确录入医保基础信息，做好个人权益记录。

第十五条 职工医保参保人员由参保单位按月自主申请核定次月缴费金额，由医保经办机构将缴费相关信息发送至税务部门，参保单位通过税务部门提供的缴费渠道缴纳医保费，税务部门据实征收后，及时将缴费信息回传给医保部门进行个人权益记录。

以灵活就业人员身份参加职工医保的参保人员（以下简称灵活就业参保人员）按月申请核定次月缴费金额，由医保经办机构将缴费相关信息发送至税务部门，参保人员通过税务部门提供的缴费渠道缴纳医保费，税务部门据实征收后，及时将缴费信息回传给医保部门进行个人权益记录。

灵活就业参保人员可自主选择参加单建统筹或统账结合职工医保。单建统筹是指参加只享受统筹基金支付政策，不建立医保个人账户的基本医疗保险；统账结合是指参加享受统筹基金支付政策，同时建立个人医保账户的基本医疗保险。

居民医保参保人员按年申请核定全年缴费金额，由医保经办机构将缴费相关信息发送至税务部门，参保人员通过税务部门提供的缴费渠道缴纳医保费，税务部门据实征收后，及时将缴费信息回传给医保部门进行个人权益记录。

第二节 单位参保变更登记管理

第十六条 参保单位自成立之日起 30 日内按照属地管理原则，向医保经办机构申请办理单位参保登记。

参保单位在多地医保经办机构参保登记或在一地医保经办机构存在多条有效参保登记记录的，自本规程实施之日起，按属地管理原则向所在地医保经办机构申请保留唯一有效参保登记记录，所有参保人员（含退休人员），统一参管理。如部分退休人员因特殊原因未能转移，可在原参保地以灵活就业人员身份继续参保并享受原有的医疗待遇。

第十七条 参保单位参保登记事项发生变更的，自变更之日起 30 日内向所在地医保经办机构申请变更登记。

第十八条 参保单位因发生合并、分立、撤销、解散、改制等情形，依法终止医疗保险缴费义务的，自批准之日起 30 日内，申请办理单位合并、分立、注销登记。

如参保单位存在医疗保险费欠缴，需缴清应缴纳的医疗保险费、滞纳金等费用后再申请办理单位合并、分立、注销登记。

第三节 职工参保变更登记管理

第十九条 参保单位自用工之日起 30 日内，为职工申请办理参保登记。首次参保或中断缴费 3 个月以上的职工，办理职工参保登记后按照相关规定设置待遇享受等待期，待遇享受等待期以天为单位，从缴费成功次日起计算。我省职工医保制度实施以后用人单位未按规定为职工办理参保登记并缴费的，应自其用工之日起按历年工资标准（无法核定历年工资标准的以当地历年执行的社平工资为标准）补缴劳动关系存续期间的医保费，并对单位补缴部分按日加收万分之五的滞纳金，所加收的滞纳金最高不超过单位补缴部分本金。补缴后可补记缴费年限及个人账户，补缴期间其他医疗保障待遇不予追溯。

第二十条 医保经办机构办理职工参保登记时，校验规则及办理要求：

（一）办理职工参保登记时，参保人员的职工医保参保状态为“正常参保”的，医保经办机构应当告知参保人员暂停（中止）原职工参保关系后再申请办理；职工医保参保状态为“暂停（中止）参保”，参保人员办理参保登记时，申报应征费款所属期月份已存在实缴数据，在待遇期未开始前医保经办机构应当告知参保人员办理相关职工医保费退费后再申请办理，已进入待遇享受期的，当月不再重复核定缴费。

（二）办理职工参保登记时，参保人员存在居民医保参保状态为“正常参保”的，医保经办机构可为参保人员直接办理职工参保登记，成功办理职工参保登记后，该参保人员的原居民医保参保关系自动终止。

第二十一条 职工医保个人账户本金和利息归个人所有，可以结转或继承，职工医保关系转移时个人账户随同转移，转入地医保部门无法接收个人账户导致不能随同转移的，参保人员可申请办理个人账户一次性支取。

第二十二条 参保单位及职工缴费基数申报期为每年1-2月，缴费基数执行周期为当年费款所属期的4月至次年费款所属期的3月。用人单位年度申报职工缴费基数时，以职工上年度本人月平均工资作为个人缴费基数；新入职的职工以到本单位当月应发工资或核定的工资作为当年的缴费基数。

参保单位未按规定申报缴费基数的，由医保经办机构暂按该参保单位职工上年度缴费基数的110%确定。

第二十三条 职工医保费由参保单位和职工共同缴纳。职工个人缴费部分由参保单位从其本人工资中代扣代缴。

参保单位应按照当月核定次月缴费金额、当月预缴次月缴费金额方式，按月自主申请核定、按时足额缴纳医保费。未按时申请核定或核定后未及时足额缴纳的，自费款所属期次月起按日加收单位缴费部分费款万分之五的滞纳金，滞纳金金额不超过单位缴费部分费款本金。

参保单位及参保职工缴费金额和滞纳金由医保部门核定，税务部门征收。

第二十四条 参保单位中断缴费的，自中断之日起暂停其职工（缴费达到规定年限且办理医保退休手续的退休人员除外）相应的医保待遇。恢复缴费的，由医保部门核定参保单位中断缴费期间的医保费和滞纳金，由税务部门征收。足额补缴后，可恢复职工医保待遇。参保单位中断缴费3个月内（含）足额补缴的，职工可追溯中断期间的职工医保待遇；参保单位中断缴费超过3个月补缴的，可补记缴费年限及个人账户，补缴期间其他医疗保障待遇不予追溯。

第二十五条 参保人员参保登记信息发生变更或身份信息错误的，参保单位（人）应及时向所在地医保经办机构申请职工参保信息变更。

第二十六条 参保人员因特殊身份认定、职务职级晋升等应调整医保待遇时，参保单位（人）应及时向所在地医保经办机构申请职工待遇状态变更。

第二十七条 参加职工医保参保人员达到法定退休年龄且缴费达到规定年限的，参保单位可为其申请办理职工医保退休。参保人员办理职工医保退休后，享受退休人员职工医保待遇，不再缴纳职工医保费（不含补充保险）。办理职工医保退休时不受养老保险退休地限制。

参加职工医保人员达到法定退休年龄但医保缴费未达到规定年限的，需按办理时规定的缴费基数一次性足额趸缴（含单位缴费和个人缴费）至规定年限后，办理职工医保退休，退休后不再缴纳医保费（不含补充保险），享受退休人员医保待遇。趸缴部分以趸缴基数为标准，按医保退休前在职身份账户计入比例补计个人账户。

达到法定退休年龄的参保人员不能一次性足额趸缴的，可选择在户籍地或居住地以灵活就业人员身份参加职工医保，或选择参加居民医保。

第二十八条 参保人员因调转、辞职、失踪、违纪及判刑等原因离职的，参保单位应及时向所在地医保经办机构申请办理职工医保暂停（中止）参保；参保人员因死亡、出国定居等原因不能继续参加基本医疗保险的，参保单位应及时向所在地医保经办机构申请办理终止参保。

第四节 灵活就业人员参保变更登记管理

第二十九条 无雇工个体工商户、自由职业者、非全日制用工人员以及依托互联网平台从业人员等灵活就业人员，可在户籍地或居住证（居住证明）取得地选择以灵活就业人员身份参加职工医保或参加居民医保。

第三十条 灵活就业参保人员以全省全口径平均工资作为缴费基数。按自然月核定并预缴次月医保费。

第三十一条 灵活就业参保人员中断缴费的，自中断缴费之日起暂停相应的医疗待遇。中断缴费3个月内（含）补缴的（补缴不收取滞纳金），中断期间的待遇可追溯享受，产生的医疗费用按规定报销；中断缴费3个月以上的，需重新开始缴费，按人员新参保政策执行，中断缴费期间医保费不可补缴，中断期间医疗保障待遇不予追溯。

第三十二条 灵活就业参保人员参保登记信息发生变更或身份信息错误的，应及时向所在地医保经办机构申请办理职工参保信息变更。

第三十三条 灵活就业参保人员达到法定退休年龄，可申请办理医保退休。缴费未达到规定年限的，按本规程第二十七条规定办理，其中趸缴的缴费基数以办理医保退休时全省统一执行的灵活就业人员缴费基数为标准。

以单建统筹方式参保的灵活就业参保人员，转参加统账结合职工医保的，在办理医保退休时，需以办理医保退休时全省统一执行的灵活就业人员缴费基数为标准，一次性补足与统账结合模式费用差额，补足后方可享受相应医保待遇，并以趸缴基数为标准按医保退休前在职身份账户计入比例补计个人账户。

第三十四条 灵活就业参保人员因就业、迁徙、死亡等个人状态变化，应及时向所在地医保经办机构申请办理暂停（中止）参保、续保、终止参保。

第五节 居民参保变更登记管理

第三十五条 职工医保应参保人员以外的其他所有城乡居民应申请办理居民医保参保登记。

城乡居民应向户籍地或居住证（居住证明）取得地医保经办机构申请办理参保登记。

在校学生应向学籍地医保经办机构申请办理居民参保登记。

非就业的港澳台居民参加居民医保，需持《港澳台居民居住证》在居住证取得地申请办理参保登记。

非就业的外籍人员参加居民医保，需持《外国人永久居留证》及护照，在居留证取得地申请办理参保登记。

第三十六条 医保经办机构办理本年度的居民医保参保登记时，校验规则及办理要求如下：

（一）参保人员职工医保参保状态为“正常参保”的，医保经办机构应当告知参保人员暂停（中止）原职工医保参保关系再申请办理；

（二）参保人员在其他统筹地区居民医保参保状态为“正常参保”且已实缴的，医保经办机构应当告知参保人员在本年度不予重新办理居民参保登记；

（三）参保人员在其他统筹地区居民医保参保状态为“正常参保”，但当年无应缴或实缴数据的，可直接跨统筹区办理居民参保登记，医保经办机构按规定成功办理参保登记后，该参保人员的原居民医保参保关系自动终止。

医保经办机构在集中预缴期办理下年度的居民医保参保登记时，校验规则及办理要求如下：

（一）参保人员职工医保参保状态为“正常参保”的，医保经办机构应当告知参保人员暂停（中止）原职工医保参保关系再申请办理。

（二）参保人员在其他统筹地区居民医保参保状态为“正常参保”的，如存在下年度的应缴数据的可直接办理暂停（中止）参保后再行办理；如存在下年度的实缴数据，医保经办机构应当告知参保人到原参保地申请撤销下一年度

居民医保费核定记录，已预缴下一年度医保费的，申请退费后再重新申请办理；如不存在应缴数据或实缴数据，可直接跨统筹区办理居民参保登记。

（三）参保人员在其他统筹地区的居民医保参保状态为“暂停（中止）参保”但有下年度应缴数据，无实缴数据的，可直接办理居民参保登记。

第三十七条 居民医保费实行年度集中预缴制，按自然年度参保登记，核定缴费后，给付医保待遇。参保居民（含新参保）在集中预缴期内按规定标准足额缴费，可正常享受下一年度全年（次年1月1日至12月31日）的居民医保待遇。

对于集中预缴期外缴费的参保居民，按照相关规定设置待遇享受等待期。待遇享受等待期以天为单位，从缴费成功次日起计算。

按年度缴费的居民医保参保人员参加职工医保，当年缴纳的医保费不予退费。同一统筹年度内再次回到转出地参加居民医保，不需另行缴纳费用。

第三十八条 参保人员参保登记信息发生变更或身份信息错误的，参保人员应及时向所在地医保经办机构申请居民参保信息变更登记。

第三十九条 参保居民因就业、死亡等个人状态变化的，应及时向所在地医保经办机构申请办理暂停（中止）参保、续保、终止参保。

第六节 特殊人群参保变更登记管理

第四十条 新生儿出生后90天内可由监护人使用新生儿本人真实姓名和有效身份证明按相关规定办理居民参保登记，按规定缴纳出生当年居民医保费后，自出生之日所发生的医疗费用均可纳入医保报销。出生90天后办理参保缴费的不享受以上政策，并按新参保居民设置待遇享受等待期。

凡符合我省参保条件且在办理户籍登记前因病抢救无效死亡的新生儿，自出生之日起90天内，其法定监护人可凭新生儿的《死亡证明》到出生地医保经办机构以父亲或母亲名字之子（女）及虚拟证件号码，选择“其他证件类型参保”办理其参加城镇居民医保参保登记，按规定缴纳出生当年居民医保费后，自出生之日所发生的医疗费用均可纳入医保报销。报销办结后，医保经办机构及时为其办理终止参保业务。

对参保状态为“正常参保”，且使用父母姓名参保缴费的新生儿，出生地医保经办机构应要求其监护人尽快更新信息。

第四十一条 省内全日制在籍学生（含大中小学学生和全日制研究生）应在学籍地参加居民医保。

吉林省内认定的符合补贴条件的困难学生人员，学籍地与认定地不在同一统筹区，可选择在学籍地参加居民医保，按学生身份参保缴费，其参保资助及

直接医疗救助等保障待遇到身份认定地申请享受；也可选择在身份认定地参加居民医保，直接享受参保资助及直接医疗救助等保障待遇。

学生入学当年在学籍地发生的医疗费用，在原参保地按异地就医直接结算报销，报销比例不受转外就医调减比例规定限制。

第四十二条 军人退出现役后、由部队保障的随军未就业军人配偶实现就业后，按规定参加职工医保并办理关系转移接续的，不受待遇享受等待期限制。已参加基本医保的随军未就业军人配偶，在军人退出现役后，按所在统筹地区规定办理参保和医保关系转移接续。

第四十三条 领取失业保险金人员应按规定参加其失业前失业保险参保地的职工医保，由省社会保险经办机构统一办理申请、缴费手续。基本医疗保险费按月从失业保险基金统一支付，个人不缴费。按照“当月核定次月缴费金额”方式，按月申请，缴费核定后，由省社会保险经办机构统一按月向省税务局缴费，税务部门据实征收后，及时将缴费信息回传给医保部门，再由省医保经办机构对各级医保经办机构按月清分。领取失业保险金人员在享受失业保险待遇前已参加职工医保并缴费，当月不再重新核定缴费。

第四十四条 对符合条件的特困人员、低保对象、返贫致贫人口以及脱贫不稳定且纳入相关部门农村低收入人口监测范围的脱贫人口（以下简称符合补贴条件的困难人员）通过医疗救助基金渠道分类给予参保资助。对符合补贴条件的困难人员实行动态参管理。

吉林省内认定的符合补贴条件的困难人员（包含学生）原则上选择在身份认定地参保缴费，可直接享受参保地相关的待遇政策；如选择在居住地或学籍地参保，需先按普通居民身份享受待遇，其参保资助及直接医疗救助等保障待遇到认定地医保部门申请享受。

第三章 医保关系转移接续及待遇衔接

第四十五条 跨省医保关系转移接续业务严格按照《基本医疗保险关系转移接续暂行办法》有关规定执行，各级医保经办机构依托医保信息平台进行业务受理，按时完成参保人员缴费年限及个人账户转移。

第四十六条 各级医保经办机构办理省内医保关系转移接续时，不再收取证明材料，参保单位（人）在办理职工医保参保登记（续保）或居民医保参保登记业务时，同步核定转移接续业务，如其曾存在省内其他地区医保信息记录，同步核定其转移接续业务，缴费年限及个人账户转移同时办结。

第四十七条 办理转移接续的参保人员，在转移接续前未中断缴费的，进入新参保待遇享受期前按规定继续享受原参保地（已缴月份，待遇享受等待期外）医保待遇。

办理转移接续的参保职工，中断缴费3个月内（含），中断期间与新单位存在劳动关系的，由单位为其办理补缴，中断期间不存在劳动关系的，可以灵活就业身份补缴职工医保，补缴后不设待遇享受等待期，缴费当月即可在转入地按规定享受待遇，中断期间的待遇可按规定追溯享受。未在中断缴费3个月内（含）补缴的按新参保相关政策执行设置待遇享受等待期，待遇享受等待期以天为单位，从缴费成功次日起计算。

办理转移接续的参保职工，在转移接续前中断缴费3个月以上的，按相关规定设置待遇享受等待期，待遇享受等待期以天为单位，从缴费成功次日起计算。

第四十八条 参保人员已连续2年（含2年）以上参加基本医保的职工、居民或灵活就业参保人员，因就业等个人状态变化在职工医保（含灵活就业）和居民医保间切换参保关系的，待遇衔接规则如下：

（一）从居民医保转为参加职工医保的，在进入职工医保待遇享受期前，参保人员可继续按规定享受原已缴费年份居民医保待遇；在进入职工医保待遇享受期后，如参保人员后续暂停（中止）职工医保参保关系的，在职工医保待遇享受期期满后，按规定恢复其已缴费年度的居民参保关系，已缴费年度内继续享受原居民医保待遇。

（二）从职工医保转为参加居民医保的，在进入居民医保待遇享受期前，参保人员按规定继续享受原已缴费月份的职工医保待遇。

（三）在原居民医保待遇享受期满后3个月内随参保单位参加职工医保的参保人员，与新参保单位存在劳动关系的，由单位为其办理补缴职工医保，中断期间不存在劳动关系的，可以灵活就业身份补缴职工医保，补缴后不设待遇享受等待期，缴费当月即可在转入地按规定享受待遇，中断期间的待遇可按规定追溯享受。未在中断缴费3个月内（含）补缴的按新参保相关政策执行设置待遇享受等待期，待遇享受等待期以天为单位，从缴费成功次日起计算。

（四）在原居民医保待遇享受期满后3个月内以灵活就业人员身份参加职工医保的参保人员，可按居民身份补缴居民医保费，中断期间的待遇可按居民医保待遇追溯享受。补缴后不设待遇享受等待期，缴费当月即可在转入地按规定享受待遇。未在中断缴费3个月内（含）补缴的按新参保相关政策执行设置待遇享受等待期，待遇享受等待期以天为单位，从缴费成功次日起计算。

（五）在原职工医保待遇享受期满后3个月内参加居民医保的参保人员，可按居民身份补缴居民医保费，中断期间的待遇可按居民医保待遇追溯享受。补缴后不设待遇享受等待期，缴费当月即可在转入地按规定享受待遇。未在中断缴费3个月内（含）补缴的按新参保相关政策执行设置待遇享受等待期，待遇享受等待期以天为单位，从缴费成功次日起计算。

(六) 对转移接续前中断缴费 3 个月以上的参保人员，按新参保相关政策执行设置待遇享受等待期，待遇享受等待期以天为单位，从缴费成功次日起计算。

第四十九条 医疗救助对象在职工医保和居民医保之间切换参保、转移接续参保关系时，不设待遇享受等待期，不受居民医保规定的集中缴费时间限制，按规定缴纳医保费后按照国家、省和参保地有关规定享受相应待遇。

第五十条 居民医保待遇享受期内以短期季节性务工人员或灵活就业人员在居民医保待遇享受期内随参保单位参加职工医保，各级医保经办机构应保证参保人享受新参加的医保待遇，暂停原居民医保参保关系及待遇；参保人短期务工结束后，经本人申请，保留任意一个险种继续参保，并暂停其他险种参保关系及待遇，确保待遇有效衔接。参保人选择参加居民医保的，处于居民医保待遇享受期内的，各级医保经办机构及时恢复原居民医保待遇；参保人选择以灵活就业人员身份参加职工医保的，各级医保经办机构及时做好参保服务。

第四章 重复参保关系管理

第五十一条 重复参保是指同一参保人员重复参加同一基本医疗保险制度（制度内重复参保）或重复参加不同基本医疗保险制度（跨制度重复参保），具体表现为同一时间段内同一参保人员有两条及以上参保缴费状态正常的参保信息记录。重复参保具体判断规则如下：

(一) 参保人员的职工医保费对应费款所属期月份，同时存在两条及以上职工医保实缴数据的，判断为职工医保重复参保；

(二) 参保人员在同一居民医保年度内同时存在两条及以上居民医保实缴数据的，判断为居民医保重复参保；

(三) 参保人员存在居民医保实缴数据的居民医保年度内，每一居民医保待遇享受月份均有职工医保费实缴数据的，判断为跨制度重复参保。

第五十二条 医保经办机构应当按照规定清理重复参保，在保留一个参保关系同时，及时终止重复的参保关系。

(一) 重复参加职工医保的，原则上保留现就业地参保关系。

(二) 重复参加居民医保的，原则上保留常住地参保关系，也可经由征求参保人员意愿后，自行选择参保地。自行选择参保地的，由本人以书面形式交医保经办机构留存备案。医保经办机构收到参保人员书面承诺材料后应当按规定终止其居民参保关系。

(三) 学生重复参保的，原则上应在学籍地参加居民医保。属于资助参保救助对象、残疾人等特殊人员的大中小學生，可以选择在身份认定地区参保。

因入学形成的重复参保，由学籍地医保经办机构及时通知原参保地医保经办机构终止参保关系。

就业后形成的重复参保，由就业地医保经办机构及时通知原学籍地医保经办机构终止参保关系。

（四）跨制度重复参保且连续参加职工医保一年以上（含一年）的，原则上保留职工医保参保关系。

（五）参保人在一地以一般居民参保、一地以政府资助人员重复参加居民医保或两地同时享受资助参保政策的，在征得参保人同意后，确定需要保留的参保关系，由本人作出书面承诺交不保留参保关系的医保经办机构留存备案。医保经办机构收到参保人员书面承诺材料后应当按规定终止重复的参保关系。

（六）非全日制、临时性工作等灵活就业形式的跨制度重复参保，保留一个可享受待遇的参保关系，暂停重复的参保关系。

（七）被征地农民、失地农民在政府代缴医保费期间就业并参加职工医保的，按照有关规定，及时暂停和开通相关参保关系。

第五章 医保费退费

第五十三条 参保人员在进入居民医保待遇享受期前死亡的，医保经办机构在终止相关居民医保参保关系的同时，依个人申请办理居民医保费退费。

参保人员在进入居民医保待遇享受期前，参加职工医保或其他统筹地区同一待遇享受年度居民医保的，可依个人申请办理居民医保费退费。

第五十四条 参保职工因死亡未及时办理退保的，参保职工死亡次月起多缴的医保费，参保单位可申请办理退费，多划入的个人账户需返还至医保基金。

第五十五条 灵活就业参保人员退休一次性趸缴后，在相应待遇享受期未开始前，因死亡等特殊原因，可由本人或代理人申请办理退费。

第五十六条 重复参保涉及的财政补助资金扣减原则按相关规定执行。

第五十七条 其他按照国家、省规定应当办理退费的情形可依申请办理退费。

第六章 附 则

第五十八条 各级医保经办机构应按照规范化、标准化、便捷化的目标，规范参保管理业务，优化流程、精简环节、缩短时限、减证便民。办理基本医疗保险参保登记相关业务时，证明材料及办结时限按照《吉林省医疗保障经办政务服务事项清单》规定执行，可通过信息共享交换获取的证明材料信息，不得要求参保单位（人）提供。

第五十九条 参加职工或居民基本医疗保险的参保人员同步参加大额医疗费用补充保险、居民大病保险、长期护理保险，其中大额医疗费用补充保险按年核定缴费，长期护理保险、居民大病保险随同基本医疗保险统一核定缴费。大额医疗费用补充保险、长期护理保险等参照基本医疗保险征收方式，纳入税务部门征收范围。

由医保部门管理的离休及六级及以上残疾军人统筹医疗费，单位负担部分，可纳入税务部门征收范围，财政负担部分由财政部门直接拨付给医保部门。

第六十条 参保管理经办业务相关档案由医保经办机构保管，以备查验。

第六十一条 本规程由吉林省医疗保障局负责解释。

第六十二条 本规程自印发之日起实施。

[《关于印发〈吉林省基本医疗保险参保管理经办规程〉的通知》政策解读](#)