

关于 2024 年校教职工医疗互助会会员调整、互助金收缴及患病会员申请补助相关事项的通知

各单位、各部门：

根据《江苏理工学院教职工医疗互助会管理办法（修订）》（江理工工〔2020〕31号）文件相关规定，为认真做好2024年校教职工医疗互助会会员调整、互助金收缴及患病会员申请补助等工作，现就相关事项通知如下：

一、医疗互助会会员调整工作

1. 自愿申请入会事宜。2023年5月至2024年5月新聘和新进教职工如自愿申请入会，需填写《入会申请书》（见附件1），按程序办理申请入会手续。

2. 自愿申请退会事宜。已入会会员如自愿退会，可申请办理自愿退会手续。自愿申请退会的教职工（含退休教职工）需填写《退会申请书》（见附件2）。为体现自愿原则，请各单位（部门）务必落实到到位、通知到位，让每位教职工（含退休教职工）充分知情知晓。

各单位（部门）将申请书收齐盖章后统一交校工会备档。

二、医疗互助会会员互助金缴纳工作

2024年入会会员缴纳互助金标准为：**在职教职工每人100元/年，退休教职工（2024年5月1日前退休教职工）每人200元/年。**本年度互助金缴纳方式继续委托财务处从本人工资中代扣（如工资中不能代扣可交纳现金）。各分工会统一填报《2024年教职工医疗互助会会员互助金缴纳确认清单》（清单含新入会教职工，见附件3），不再要求本人

签字。

三、患病会员申请互助金补助工作

1. 申请对象

2023年（含2023年）前入会会员，在常州市定点医保单位或经医院同意，在外就诊，患有重大疾病（恶性肿瘤、较重急性心肌梗死、严重脑中风后遗症、重大器官移植、冠状动脉搭桥术、严重慢性肾衰竭、多个肢体缺失、重症肝炎、严重非恶性颅内肿瘤、严重慢性肝衰竭、严重脑炎后遗症、深度昏迷、双耳失聪、双目失明、瘫痪、心脏瓣膜手术、严重阿尔茨海默病、严重脑损伤、严重原发性帕金森病、严重Ⅲ度烧伤、严重特发性肺动脉高压、严重运动神经元病、语言能力丧失、重型再生障碍性贫血、主动脉手术、严重慢性呼吸功能衰竭、严重克罗恩病、严重溃疡性结肠炎。参照依据中国保险行业协会制定的《重大疾病保险的疾病定义使用规范》（2020年修订版））且个人自付费用年度（2023年5月1日至2024年4月30日）累计达10000元（不含10000元）以上的会员可以申请。

2. 补助标准

详见《江苏理工学院教职工医疗互助会管理办法（修订）》（江理工工〔2020〕31号）文件。

3. 申请程序

申请人认真填写《互助金补助申请表》（见附见4），经所在单位（退休会员经离退休工作处）确认签字盖章后，于5月31日前将申请表及本人自付医疗费用有效单据等材

料提交学校卫生所初审，6 月份经互助会管理委员会统一审核同意后，由财务处统一打卡发放补助金。

4. 申请材料

申请材料包括疾病诊断证明、2023 年 5 月 1 日至 2024 年 4 月 30 日的发票或医保中心报销后出具的单据，提供的发票需附有药品清单明细（如不提供疾病诊断证明及药品清单明细不列入核算清单内）。国家规定应该由个人支付的自费费用（如营养费、免疫制剂、挂号费、出诊费、中药煎药费、取暖费、救护车费、美容费、生活用品费等）不在补助范围内，勿需提供票据。

四、相关要求

请各单位（部门）于 5 月 31 日前将入会、退会申请（书面）、《2024 年教职工医疗互助会会员互助金缴纳确认清单》书面及电子表格交互助会管理委员会办公室（校工会办公室）。

联系人：李津

联系电话：3187

互助会管理委员会办公室

2024 年 4 月 30 日

附件 1

人会申请书

本人自愿加入江苏理工学院教职工医疗互助会，并同意自愿每年缴纳 元会费。遵守医疗互助会管理办法的有关规定，履行义务，享受权益，互助互惠，共建和谐校园。

申请人单位（盖章）：

申请人（签名）：

年 月 日

附件 2

退会申请书

本人自愿退出江苏理工学院教职工医疗互助会，停止交纳互助金，不再享受医疗互助待遇，已缴纳的会费同意不退还。

申请人单位（盖章）：

申请人（签名）：

年 月 日

附件 3

2024 年教职工医疗互助会会员互助金缴纳确认清单

序号	工号	姓名	单位	缴纳金额	入会时间	备注
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						新入会
22						新入会

填写说明：请按所在单位现有名单（含新入会）填写，新入会表中备注说明；5月1日前退休、退会及调出的不用再填写。

制表人（签字）：

单位盖章：
二〇二四年 月 日

附件 4

江苏理工学院教职工医疗互助金审批表

编号:

部门		姓名		性别		出生年月	
入会时间		是否在职		自付金额	(大写):		
离退休会员家属姓名: 联系电话:				离退休会员银行卡名称、卡号:			
申请理由	<p>申请人签名:</p> <p>年 月 日</p> <p>联系电话:</p>						
所在部门审核意见:				<p>公章</p> <p>年 月 日</p>			
以下栏目由审批人员填写:							
<p>校卫生所对个人承担医保范围内的自费金额审核意见:</p> <p>签名:</p> <p>年 月 日</p>							
<p>互助会领导小组审批意见:</p> <p>签名:</p> <p>年 月 日</p>							

注:

- 1.相关票据请粘贴在反面。
- 2.审批表一式两份,一份由校工会委员会存档,一份用于个人报销取款凭证。
- 3.自付金额指个人承担医保范围内的现金金额。