

关于印发《长宁区医疗救助（事后救助） 操作细则（2026版）》的通知

各街道办事处，新泾镇政府：

为持续做好本区医疗救助相关工作，进一步落实国家、本市医保部门对医疗救助经办工作要求，规范我区医疗救助（事后救助）经办流程，保证救助资金合理合规使用，现将修订后的《长宁区医疗救助（事后救助）操作细则（2026版）》印发给你们，自2026年4月1日起实施，请遵照执行。执行期间如有市级规范下发，以市级规范为准。

特此通知。

上海市长宁区医疗保障局

2026年3月31日

长宁区医疗救助（事后救助）操作细则（2026版）

1 范围

本细则规定了长宁区医疗救助（事后救助）经办的操作流程、操作要求及相关事项要求。

本规范适用于长宁区医疗保障局、各街镇社区事务受理服务中心办理医疗救助（事后救助）的操作。

2 规范性引用文件

《上海市人民政府办公厅关于印发〈关于本市健全重特大疾病医疗保险和救助制度的实施意见〉的通知》（沪府办规〔2022〕19号）

《关于进一步调整完善本市医疗救助政策的通知》（沪医保规〔2020〕4号）

《关于调整门急诊医疗救助年度救助限额的通知》（沪医保规〔2022〕12号）

《关于建立医疗救助个人清算机制的指导意见（试行）》（沪医保待遇〔2023〕7号）

《关于做好本市特困人员医疗救助工作的通知》（沪医保待遇发〔2023〕39号）

《关于印发〈上海市城乡居民大病保险办法〉的通知》（沪医保规〔2025〕10号）

《关于做好本市城乡居民大病保险直接结算相关经办服务事项的通知》（沪医保中心〔2025〕100号）

《关于印发〈关于完善长宁区困难群体“四医联动”医疗保障制度的意见〉的通知》（长医保规〔2023〕1号）

3 操作流程

3.1 救助对象在街镇事务受理服务中心申请办理医疗救助（事后救助）时，应提供本人身份证原件、医疗费用收据原件（含电子票据）、《门急诊就医记录册》、出院小结。如就诊时未实时结算，还需提供《门诊/住院汇总结算单》。

3.2 街镇经办人员在核验人员信息后，确定医疗费发生日期救助对象人员身份类别，同时核对四医联动系统推送的医疗费用数据，逐条核对，逐一勾选，完成受理。同时留存相关材料，由申请人填写《上海市长宁区医疗救助申请表》（附件）。

3.3 街镇经办人员应主动询问申请人是否签署《长宁区医疗救助“免申即享”申请承诺书》。如申请人同意“免申即享”，经办人员应于每月15日前在四医联动系统中逐一勾选该申请人已发生的医疗费用，填写《上海市长宁区医疗救助申请表》，并注明“免申即享”，完成受理。

3.4 街镇经办人员按四医联动系统相应提示完成结算，打印《长宁区医疗救助帮困审批表》，由经办人、审核人、审批人签字盖章确认。

3.5 各街镇每月20日前将本月救助结算汇总表及发放清单上报区医保局。区医保局对上报材料审核后，每月25日前将救助资金拨付到人到户。双休日及法定节假日顺延。

3.6 关于居保大病就诊费用的认定。2025年12月31日（含）前发生的居保大病医疗费，需提供城乡居保大病结算单原件。2026年1月1日（含）后发生的居保大病医疗费，医疗费用收据上应有“居保大病65%”字样。

4 操作要求

4.1 各街镇事务受理服务中心受理本街镇救助对象的救助申请。

4.2 医疗救助对象办理异地备案后，其在外省市医保定点医疗机构发生的、已进行基本医保结算的费用，可按规定纳入医疗救助范围；未进行基本医保结算的费用，应在办理零星报销后，申请医疗救助。

4.3 原则上，医疗救助对象发生的属于救助范围的医疗费用发票，申请救助时间为票据开具之日起6个月内。自然年度内新增符合条件的医疗救助对象，其纳入家庭经济

状况核对的基本医疗政策范围内的医疗费用可予医疗救助。按发票日期所在年度，累积报销额度。

4.4 按照清算机制，医疗救助遵从“保险在前，救助在后”的操作流程，对符合城乡居保大病、总工会职工互助保障、综合减负的医疗费，应根据四医联动系统的清算提示，做好清算工作。

4.5 对于在“一站式”结算的医疗费用、已经医疗救助报销的医疗费用，不得重复申请。对于救助对象中大病人员的非大病治疗相关医疗费用，不得按大病予以救助。

4.6 门诊大病及住院医疗费用救助应留存相应病史资料。

4.7 救助对象可委托他人办理，受理窗口工作人员应核验被委托人身份证原件。

附件

上海市长宁区医疗救助（事后救助）申请表

（此表单由街镇事务受理中心留存）

_____街道_____居委

是否免申即享：是 否

姓名		身份证号码		联系电话	
户籍地址					
居住地址					
对象类别	<input type="checkbox"/> 特困人员 <input type="checkbox"/> 特殊救济对象 <input type="checkbox"/> 城乡低保家庭成员 <input type="checkbox"/> 散居孤儿 <input type="checkbox"/> 困境儿童 <input type="checkbox"/> 最低生活保障边缘家庭成员 <input type="checkbox"/> 刚性支出困难家庭成员（第 I 类） <input type="checkbox"/> 刚性支出困难家庭成员（第 II 类）				
开户银行			银行卡号		
本次申请救助费用类型	<input type="checkbox"/> 门急诊 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 门诊大病				
本次申请救助医疗费发生时间			本次申请救助医疗费票据张数		
本次申请救助医疗费总额（元）					

申请人签名：

申请日期：