

职工基本医疗保险

(在职职工分册)

第一章 参保缴费

一、在职职工的范围包括哪些？

下列人员应当参加职工医保：

(一) 国家机关、事业单位、社会团体、各类企业、民办非企业等组织和个体工商户（以下统称用人单位）的全部职工、雇主及雇工（以下统称在职职工）。

(二) 根据相关规定可以一次性协议缴纳基本养老保险费和职工医保费的人员（以下简称协缴人员）。

(三) 国家、省、市规定的其他人员。

二、在职职工如何办理参保登记、变更、

注销和基数申报等手续？

用人单位和个人应按照国家社会保险费征缴有关规定，及时办理参保登记、变更、注销和基数申报等手续。

三、职工医保缴费标准有何规定？

1、用人单位缴费标准。

（一）用人单位以当月全部职工工资总额作为缴费基数（以下简称单位缴费基数），按10.5%的比例按月缴纳职工医保费，按规定划入职工医保统筹基金、个人账户和大病保险基金。

（二）因工致残退出生产工作岗位的工伤职工，且未与用人单位终止或解除劳动关系的，用人单位应以其伤残津贴核发的标准为缴费基数，按月缴纳职工医保费，至其按月领取基本养老金为止。

（三）用人单位给在职职工中的退役六级及以上残疾军人缴纳的职工医保费，由用人

单位属地政府给予全额补贴。计算单位缴费基数时，职工当年月平均工资高于上年度全省在岗职工月平均工资（以下简称省平工资）300%的，按300%核定单位缴费基数；低于60%的，按60%核定单位缴费基数。

2、在职职工缴费标准

（一）在职职工以本人上年度月平均工资为缴费基数，按2%的比例缴纳职工医保费，由用人单位按月代扣代缴。个人缴纳的职工医保费全部划入职工本人的个人账户。

（二）因工致残退出生产岗位的工伤职工，以本人伤残津贴为缴费基数，按2%的比例缴纳职工医保费，由用人单位按月代扣代缴。

（三）在职职工中的退役六级及以上残

疾军人个人不需缴纳职工医保费。

计算职工缴费基数时，职工上年度月平均工资高于上年度省平均工资300%的，按300%核定缴费基数；低于60%的，按60%核定缴费基数。

3、协缴人员缴费标准

协缴人员在办理协缴手续时一次性缴纳职工医保费，具体标准按市政府有关规定执行。

协缴人员再就业期间，按在职职工的标准缴纳职工医保费。

政府根据未就业协缴人员的数量，按上年度省平均工资2%的人均标准对职工医保统筹基金予以补贴。

4、大病保险基金缴费标准

职工医保参保人员年筹资标准为90元，

其中个人缴纳36元，职工医保费中划转54元。个人应缴纳部分从其个人当年账户资金中扣缴。

5、医疗困难救助缴费标准

职工医保参保人员年缴费标准为12元，从其个人当年账户资金中扣缴。

四、在职职工参保后，何时能享受医保待遇？

符合参保条件的人员，应在符合参保条件后的3个月内办理参保缴费手续，并在办理参保缴费手续后的次月起享受职工医保待遇。其中，在职职工由用人单位及时为其办理职工医保参保手续，并按规定缴纳职工医保费。

参保人员当月未缴费的，次月起暂停享受职工医保待遇。

已参保的持有效期内杭州市《特困人员救助供养证》、《最低生活保障家庭证》、《最

低生活保障边缘家庭证》以及《残疾人基本生活保障证》和二级及以上《中华人民共和国残疾人证》的人员（以下统称持证人员），自在经办机构办理相关证件登记手续的当日起享受有关医保待遇。

五、在职职工中断参保的有何规定？

符合参保条件的人员，未在规定时间内办理参保缴费手续或连续中断缴费3个月的，视为中断参保。中断参保按以下规定办理：

（一）中断参保后办理参保手续的，应连续缴费满6个月后，方可享受职工医保待遇（以下简称等待期）。在中断参保期间和等待期发生的医疗费用，医保基金不予支付。

（二）因用人单位未及时为职工办理参保手续，造成职工中断参保的，职工在中断

参保期间及等待期发生的医疗费，医保基金不予支付。

用人单位为职工办理参保手续后，未按规定缴纳职工医保费导致全体职工中断缴费的，由用人单位按规定补缴；用人单位足额补缴所欠职工医保费的次月起，恢复其单位职工的医保待遇。

（三）中断参保的，可按规定补缴中断参保期间应缴纳的职工医保费。

补缴时间段内发生的医疗费，医保基金不予支付。

六、在职职工中断参保的，可否补缴中断期间的职工医保费？

参保人员应保未保期间的职工医保费，可申请按应保未保期间不同身份对应的缴费标

准补缴，具体按以下规定办理：

（一）以单位职工身份补缴的，当年补缴时段的缴费基数按本人当前缴费基数确定，以前年度的缴费基数按补缴时上年度省平均工资确定，缴费比例为单位10.5%，个人2%。

补缴起始时间不得早于该单位纳入职工医保参保范围时间。

（二）补缴年限记录为缴费年限。

（三）补缴期间发生的医疗费不纳入医保支付范围。

（四）市医保经办机构应按规定划转补缴所对应的相关基金、资金（以下统称基金）。扣减应由个人补缴的大病保险费和医疗困难救助费后，按规定补划个人账户资金。

七、在职职工到达法定退休年龄时，如何办理医保退休待遇核定手续？

参保人员在市区连续参保缴费至在市区

按月领取基本养老金或法定退休年龄时，市区实际缴费年限满10年（含），且累计缴费年限满20年（含）的，可在办理职工医保缴费年限审核和退休待遇核定手续后，按规定办理并享受市区职工医保退休人员待遇。

未达到上述缴费年限要求的参保人员，按以下规定办理：

（一）市区户籍的，在市区连续参保缴费至在市区按月领取基本养老金或法定退休年龄时，应按照灵活就业人员的缴费标准参保缴费至达到上述缴费年限要求后，按规定办理并享受市区职工医保退休人员待遇。

（二）非市区户籍的，但在市区用人单

位就业并连续参保缴费到法定退休年龄且可在市区按月领取基本养老金时，应按照灵活就业人员的缴费标准参保缴费至达到上述缴费年限要求后，按规定办理并享受市区职工医保退休人员待遇。非市区户籍的，除另有规定外，未在市区用人单位就业并参加职工医保，也不符合市区灵活就业人员参保条件的，到达法定退休年龄后不能办理并享受市区职工医保退休待遇。

本条第（一）、（二）项中相关参保人员继续参保缴费期间，其医保待遇按照职工医保灵活就业人员标准执行。

下列情形可计算为职工医保缴费年限。

（一）职工医保实际缴费年限（含市区

城镇企业职工大病住院基本医疗保险缴费年限)。

(二) 经社会保险行政部门认定的视同缴费年限。

(三) 2002年12月31日前符合国家和省有关规定的连续工龄。

(四) 大学生在杭就读期间参加市区城乡居民(大学生)医保的缴费年限。

(五) 其他符合国家和省有关规定条件的。

以上年限不重复计算。

第二章 个人账户

八、在职职工个人账户建立有何规定?

参保人员个人账户由市医保经办机构统一建立和管理，并于每年年底进行年度结转。

（一）结转时，根据人员类别、年龄及缴费或划账额度等预设次年的个人账户当年资金。

（二）年度内新参保或跨年度续保人员，其个人账户当年资金在办理参（续）保手续的当月预设。

（三）个人账户当年资金自缴费当月起按月从职工医保费中划入。

（四）个人账户当年资金结余部分，年度结转后转为历年资金。

在职职工个人账户当年资金划入标准

为：45周岁（含）及以下，按本人缴费基数
的2.5%（含个人缴纳的2%），45周岁以上至
退休前的按本人缴费基数的2.8%（含个人缴
纳的2%），扣减应由个人缴纳的大病保险费和
医疗困难救助费后按月从职工医保费中划入
其个人账户当年资金。

协缴人员协缴期间的个人账户资金，按
其缴纳职工医保费总额的50%，在协缴期间分
月从职工医保费中划入其个人账户历年资
金。如再就业，另按在职职工参保，并划入
个人账户当年资金。

个人账户政策可根据国家和省相关规定
适时调整。

参保人员因跨年龄段、人员类别变动、

缴费或划账额度调整、补退职工医保费等原因造成个人账户当年资金预设额度与当年实际划入额度不符的，按以下规定办理：

（一）当年实际划入额度高于当年预设额度的，将差额部分划入其个人账户历年资金；

（二）当年实际划入额度低于当年预设额度的，将差额部分在其个人账户当年资金中扣除。

有下列情形之一的，停止划入个人账户资金：

（一）未按规定缴纳或停止缴纳职工医保费的。

（二）退休人员被停发基本养老金的。

（三）社会保险行政部门规定的其他情

形。

九、在职职工个人账户使用有何规定？

个人账户当年资金用于支付以下费用：

（一）在定点医疗机构发生的符合医保开支范围的普通门诊（含急诊，下同）医疗费。

（二）在定点零售药店购买的符合医保开支范围的药品费。

（三）应由个人缴纳的大病保险费和医疗困难救助费。

个人账户历年资金用于支付以下费用：

（一）在定点医疗机构和定点零售药店（以下统称定点医药机构）发生的应由个人承担的自费、自理和自付的医疗费。

（二）使用除国家扩大免疫规划外的预防性免疫疫苗费。

（三）应由个人承担的社区责任医生签约服务费。

(四) 国家和省规定的其他项目。

十、在职职工个人账户结息有何规定？

个人账户结余资金在年度结转时，按当年12月31日执行的银行活期存款基准利率计息一次，产生的利息划入其个人账户历年资金。个人账户实际结余的本金和利息归个人所有，可按规定转移、清算和依法继承。

十一、在职职工个人账户及医保关系转移有何规定？

(一) 参保人员与用人单位终止或解除劳动关系后，在其他统筹地参保的，可按规定办理个人账户实际结余资金的转移；非市区户籍且未在其他统筹地参保的，可按规定办理个人账户清算。

(二) 参保人员从其他参保地转移至市区参保后，可按规定将原参保地的个人账户实际结余资金转移至市区，并全部划入其个人账户历年资金。

(三) 参保人员因医保关系转出、出国(出境)定居注销户籍、死亡等原因, 转移或清算个人账户的, 须先结清相关医疗费用, 再按规定划转或发还其个人账户实际结余资金。其中个人账户当年资金出现透支的, 先由个人账户历年资金冲抵, 个人账户历年资金不足冲抵的, 由本人补足。死亡人员个人账户当年资金出现的透支部分, 先由其个人账户历年资金冲抵, 个人账户历年资金不足冲抵的, 在职工医保统筹基金中核销。

个人账户结余资金未办理转移或清算手续的, 再次参加市区职工医保后, 可按规定继续使用。

(四) 个人账户历年资金可按规定划转给在市区参保的本人近亲属(指配偶、子女或父母)。自助方式如下:

1、支付宝: “城市服务”—社保—社保

办理—医保帐户共济

2、微信：①关注“杭州人力社保”公众号
②办事大厅—我的—实名认证—杭州人社认证（手机号认证及转出方身份信息认证）③
办事大厅—医保共济

3、“杭州市民卡”APP-社保查询-医保帐户共济

4、网 上 办 事
(wsbs.zjhz.hrss.gov.cn) -医保

5、“浙里办”、“杭州办事服务”—“社保”—医保帐户共济

十二、在职职工个人账户继承有何规定？

参保人员死亡后，其个人账户实际结余资金，由其合法继承人或受遗赠人凭医疗机构或民政、公安、司法等部门出具的死亡证明、继承人或受遗赠人本人身份证、继承人与死亡人员的关系证明或遗赠公证书，至医保经办机构办理继承或遗赠手续。

第三章 医疗待遇

十三、在职职工医疗费如何结算？

(一) 普通门诊

在一个结算年度内，参保人员发生的符合医保开支范围的普通门诊医疗费按以下规定结算：

1、先由个人账户当年资金支付，个人账户当年资金不足支付的，由个人承担一个门诊起付标准，具体为1000元。

2、门诊起付标准以上部分医疗费，由职工医保统筹基金和个人共同承担，统筹基金承担的比例为：三级医疗机构为76%，其他医疗机构(含二级医疗机构，下同)为80%，社区卫生服务机构为86%。

3、选择全科医生签约服务的参保人员，其在签约的社区卫生服务机构门诊就医的，统筹基金承担比例在本条2规定的基础上提高3个百分点。

参保人员在签约的社区卫生服务机构首诊，或经签约的社区卫生服务机构转诊至其他的医疗机构继续治疗的，门诊起付标准减免300元。

表1 在职职工普通门诊医疗费统筹基金承担比例表

医疗机构	分类	门诊起付标准	基金承担比例
	三级	1000元	76%
	其他		80%
	社区		86%

注：在定点零售药店购药和急救车内发生的符合医保开支范围的医疗费用，基金承担比例按其他医疗机构普通门诊的标准执行。

（二）住院和规定病种门诊

在一个结算年度内，参保人员发生的符合医保开支范围的住院医疗费按以下规定结

算：

1、由个人承担一个住院起付标准的费用，两次及以上住院的，起付标准按其中最高等级医疗机构标准计算。具体为：三级医疗机构800元，其他医疗机构500元，社区卫生服务机构300元。

2、职工医保统筹基金参与支付的住院最高医疗费限额（以出院日期为准累计计算，以下简称住院最高限额）为36万元。

3、住院起付标准以上、住院最高限额以下部分的住院医疗费，由职工医保统筹基金和个人共同承担。职工医保统筹基金按超额累进制结算，具体比例为：住院起付标准以上至4万元（含），在三级医疗机构发生的

医疗费为82%；在其他医疗机构发生的医疗费为84%；在社区卫生服务机构发生的医疗费为88%。

4万元以上至36万元（含），在三级医疗机构发生的医疗费为88%；在其他医疗机构发生的医疗费为90%；在社区卫生服务机构发生的医疗费为92%。

4、住院最高限额以上部分医疗费，符合大病保险规定的，由个人和大病保险基金共同承担。

表2 在职职工住院医疗费医保基金承担比例表

医疗机构 费用分段	三级	其他	社区
	起付标准（元）	800	500
起付标准至4万（含）	82%	84%	88%

4万元以上至36万元 (含)	88%	90%	92%
36万以上	90%	90%	90%

十四、在职职工同时参加基本医疗保险和商业保险的，费用如何结算？

在职职工同时参加基本医疗保险和商业保险的，应按基本医疗保险的规定先行结算。如按商业保险先行赔付的，已赔付的医疗费部分，在医保结算时应予以扣除。

十五、哪些情形下发生的医疗费不列入医保开支范围？

除另有规定外，参保人员因下列情形发生的医疗费，不列入医保开支范围：

(一) 在浙江省社会保险行政部门规定的基本医疗保险药品目录、医疗服务项目范围和大病保险特殊药品目录以外的；

- (二) 在境外就医的；
- (三) 应由第三人负担的；
- (四) 应从工伤保险基金中支付的；
- (五) 应由公共卫生负担的；
- (六) 其他违反基本医疗保险规定的。

十六、基本医疗保险基金先行支付有何规定？

医疗费依法应当由第三人负担，但第三人不支付或者无法确定第三人的，由医保基金先行支付。先行支付后，经办机构有权向第三人追偿。

十七、就医期间哪些费用应由在职职工个人承担？

在职职工个人应承担的费用包括自费、自理、自付三部分。

自费：是指不属于基本医疗保险开支范围的费用。如：生活用品费、陪客费、自费药

品费等。

自理：是指参保人员使用基本医疗保险药品目录和医疗服务项目目录中的乙类药品和乙类医疗服务项目，以及其他需先由个人支付一定比例的费用。如医疗服务项目中CT检查费5%、磁共振扫描（MRI）10%、药品目录中厄贝沙坦3%等。

自付：是指门诊、住院起付标准和起付标准以上应由个人按比例承担的费用。

第四章 医疗困难救助

十八、医疗困难救助的程序如何？

1、**即时救助：**救助对象在定点医疗机构就医或市区定点零售药店购药时发生的医疗费，符合医疗困难救助规定的，可在医疗费结算时直接享受医疗救助。

2、**事后救助：**救助对象发生的符合救助标准的医疗费，未能享受即时救助的，在申

请医疗费用报销时，由医保经办机构一并给予医疗困难救助。

十九、医疗困难救助的标准有何规定？

在一个结算年度内，参保人员当年个人承担的符合医保开支范围的医疗费用，按以下标准救助：

（一）持证人员

1. 《特困人员救助供养证》持有者，其在规定的医药机构发生的门诊、住院医疗费和规定病种门诊医疗费予以全额救助。

2. 《最低生活保障家庭证》、《残疾人基本生活保障证》或二级及以上《中华人民共和国残疾人证》持有者，其个人承担的住院医疗费和规定病种门诊医疗费救助比例为70%；门诊救助标准为50%，最高不超过

3000元。

3. 《最低生活保障边缘家庭证》持有者，其个人承担的住院医疗费和规定病种门诊医疗费救助比例为60%。

持证人员在惠民医院或经惠民医院同意转入指导医院、协作医院就诊的，可按规定同时享受有关惠民待遇。

（二）非持证人员

其个人承担的住院医疗费和规定病种门诊医疗费超过15000元的部分按超额累进制结算，各段救助比例分别为：15000元以上至25000元（含）为50%；25000元以上为60%。

救助对象在一个结算年度内发生的符合医保开支范围的医疗费中个人负担部分，可按

以下标准享受医疗困难救助，详见表3

表3 在职职工医疗困难救助待遇汇总表

持证参保人员	门诊	《特困人员救助供养证》持有者全额救助。
		《最低生活保障家庭证》、《残疾人基本生活保障证》或二级及以上《中华人民共和国残疾人证》持有者，救助标准为50%，最高不超过3000元。
	住院和规定病种门诊	《特困人员救助供养证》持有者全额救助。
		《最低生活保障家庭证》、《残疾人基本生活保障证》或二级及以上《中华人民共和国残疾人证》持有者，救助比例为70%。

		《最低生活保障边缘家庭证》持有者，救助比例为60%。
非持证参保人员	住院和规定病种门诊	15000元以上至25000元(含)为50%
		25000元以上为60%

二十、持证人员享受困难救助待遇前应办理什么手续？

持证人员持相关证件至经办机构办理相关证件登记手续后，方可享受相应的医疗困难救助待遇。

二十一、申请事后救助时，医疗费原始发票已作为有关部门或单位报销凭证的，如何申请医疗困难救助？

申请事后救助时，医疗费原始发票已作为

有关部门或单位报销凭证的可由相关部门或单位出具原始凭证分割单，并加盖财务专用章或单位公章，再按医疗困难救助规定申请救助。

第五章 参保关系衔接

二十二、参保人员跨统筹地流动就业，如何办理转移接续手续？

参保人员跨统筹地流动就业的，可按以下规定办理转移接续手续。

（一）符合下列条件之一的人员可在市区参加职工医保时，向医保经办机构提出医保关系转入申请，按规定将原参保地的职工医保缴费年限转移至市区：

- 1、市区户籍人员；
- 2、非市区户籍人员，男性不满50周

岁，女性不满40周岁；

3、非市区户籍人员，在市区参加职工医保实际缴费年限累计满10年；

4、政府另有规定或经县级以上组织部门批准正常调动的人员。

（二）原参保地职工医保缴费年限可累计计算至办理转移手续的当月，但与市区职工医保实际缴费年限不重复计算。在原参保地按政策规定已支付的门诊、住院起付标准及医疗费不予累计计算。

（三）参保人员跨统筹区流动至市区以外就业的，应中止市区医保参保，按规定办理职工医保缴费年限转移。其中，参保人员医保关系转出前欠缴职工医保费的，应补缴所欠费用后方可办理转出手续。

二十三、参保人员办理转移接续手续后，医保待遇何时能用？

符合转移接续规定的市区外城乡居民医保（含新农合）参保人员转至市区参加职工医保的，须连续缴费满6个月后，方可享受职工医保待遇，等待期间享受市区城乡居民医保一档待遇。

未办理医保转移接续手续，或在市区参保前12个月未在其他统筹地连续正常参加职工医保的参保人员，须在市区连续缴费满6个月后，方可享受职工医保待遇。

第六章 就医管理

二十四、在职职工就医、购药有何规定？

参保人员的就医凭证包括社保卡和《基本医疗保险证历本》（以下简称《证历本》）。其中社保卡委托市区市民卡服务机构制发；《证历本》由市医保经办机构按全

市统一的标准和格式制发。

参保人员在定点医药机构范围内选择就医、购药时，应主动出示就医凭证，定点医药机构应予以校验，并在《证历本》上如实记载诊疗和售药情况。

二十五、在定点医疗机构和药店发生的医疗费如何结算？

在直接联网的定点医药机构（含跨省和省、市“一卡通”定点医疗机构）发生的应由参保人员个人支付的医疗费，由参保人员直接与定点医药机构按规定结算；应由医保基金支付的医疗费，由定点医药机构与医保经办机构按规定结算。

二十六、规定病种门诊管理有何规定？

规定病种是指各类恶性肿瘤、系统性红斑狼疮、血友病、再生障碍性贫血、儿童孤独症、精神分裂症、情感性精神病、艾滋病、耐多药肺结核。慢性肾功能衰竭的透析治疗

和器官移植后的抗排异治疗纳入规定病种的治疗范围。

除艾滋病、耐多药肺结核患者由市、区卫生计生疾控管理部门集中受理，统一至医保经办机构办理备案手续外，患有其他规定病种疾病的参保人员，可持市区二级及以上定点医疗机构出具的《杭州市基本医疗保险规定病种门诊治疗建议书》（长住外地人员可凭当地二级及以上定点医疗机构出具的证明）、确诊的病理报告、出院小结等资料，至医保经办机构办理备案手续。其中，患有精神分裂症、情感性精神病、儿童孤独症等疾病的，须持有相应专科医院或三级医疗机构中相应专科出具的有关医疗证明。

艾滋病、耐多药肺结核实行定点医疗。

规定病种备案有效期为5年，需延期的，应在期满前一个月重新办理备案手续。

在一个结算年度内，规定病种门诊医疗费按住院医疗费结算，但不设住院起付标准。

二十七、在职职工在市区非定点医疗机构发生急诊治疗的有何规定？

参保人员因急症在市区非定点医疗机构急诊治疗的，治疗结束后，凭急诊证明至医保经办机构按规定结算医疗费。

二十八、临时外出期间发生的医疗费如何结算？

（一）参保人员临时外出期间，在省内定点医疗机构就医发生的符合医保开支范围的医疗费，原则上应凭本人社保卡在省、市医保“一卡通”定点医疗机构刷卡就医并按规定结算费用。在当地定点医疗机构就医但未

能刷卡结算的医疗费由个人全额垫付后至医保经办机构按市区医保规定审核，并由个人先自理10%后按规定结算。

长住外地参保人员临时离开长住地，在长住地所在省其他地区定点医疗机构就医发生的符合医保开支范围的医疗费，由个人全额垫付后至医保经办机构按市区医保规定审核，并由个人先自理10%后按规定结算。

因急症发生的符合医保开支范围的医疗费由个人全额垫付后，凭急诊证明至医保经办机构按市区医保规定审核结算。

非急症治疗需要，在当地非定点医疗机构发生的医疗费不予支付。

(二) 参保人员临时外出期间，在省外定点医疗机构就医发生的符合医保开支范围的医疗费，由个人全额垫付后至医保经办机构按市区医保规定审核，并由个人先自理20%后按规定结算。

长住外地参保人员临时离开长住地去其他省、直辖市定点医疗机构就医发生的符合医保开支范围的医疗费，由个人全额垫付后至医保经办机构按市区医保规定审核，并由个人先自理20%后按规定结算。

因急症发生的符合医保开支范围的医疗费由个人全额垫付后，凭急诊证明至医保经办机构按市区医保规定审核结算。

非急症治疗需要，在当地非定点医疗机构发生的医疗费不予支付。

二十九、长住外地期间发生的医疗费如何结算？

（一）长住外地3个月以上的参保人员，应持《杭州市基本医疗保险长住外地人员登记表》（单位在职职工须加盖单位公章）至医保经办机构办理备案手续。其中，非市区户籍的个体工商户及其雇工不予办理长住外地备案手续。

（二）参保人员办理长住外地备案手续后，在长住地定点医疗机构发生的医疗费，可通过跨省和省、市医保“一卡通”直接结算，或由个人全额支付后，至医保经办机构

按市区规定结算。

(三) 已办理长住外地备案手续的参保人员，须在备案生效的3个月后，方可撤销备案手续。

(四) 参保人员办理的长住外地备案手续生效后，参保人员临时回市区，因病需要普通门诊或购药的，应办理临时回市区就医购药手续。

三十、在职职工出国、出境期间发生的医疗费有何规定？

患慢性疾病的参保人员，在出国（出境）期间，需携带药品持续治疗的，凭本人社保卡（或身份证）、《证历本》、能证明出入境时间的相关凭证、定点医疗机构出具的《杭州市基本医疗保险出国（出境）带药

备案单》办理备案手续，可配取最多不超过6个月的用于治疗慢性疾病的药量。

出国（出境）期间，暂停该参保人员在定点医药机构的医疗费结算。

三十一、在职职工报销医疗费时应提供哪些资料？

参保人员在报销医疗费时，应持本人社保卡（或身份证）、本人银行卡、医疗费原始发票、医疗费汇总明细清单、出院小结和病历等医疗文书（含复印件）办理，其中委托他人代办的，应同时提供代办人社保卡（或身份证）。

参保人员应在下一结算年度年底前，办理上一结算年度医疗费申请报销手续。

三十二、本市可办理各类医保业务的医保

经办机构有哪些？

各级医保经办机构均可为您提供参保人员提供各类登记备案、《证历本》的申领换发、医保关系转移、零星医疗费用报销审核等医保经办服务。各级医保经办机构地址见表4。

表4 各级医保经办机构地址

窗口名称	办公地址	办公时间
杭州市市民之家L楼社保医保综合窗口	钱江新城新业路311号	周一至周日（法定节假日外）上午9:00-12:00，下午14:00-17:00（冬令时13:30-17:00）
杭州市医疗保险服务大厅	建国北路799号	法定工作日上午8:30-12:00，下午13:30-17:00

<p>杭州市医疗保险事务受理中心</p>	<p>西湖大道 149号二楼</p>	<p>法定工作日上午8:30-12:00, 下午13:30-17:00</p>
<p>杭州市医疗保险事务受理中心城北服务大厅</p>	<p>上塘路599号12-23</p>	<p>法定工作日上午8:30-12:00, 下午13:30-17:00</p>
<p>杭州市上城区行政服务中心 社保医保综合窗口</p>	<p>鲲鹏路366号</p>	<p>周一至周日(法定节假日外)上午9:00-12:00, 下午14:00-17:00(冬令时下午13:30-17:00)</p>

杭州市下城区 市民之家医保 服务窗口	东新街道 白石巷256 号三楼	周一至周五（法定节 假日外）上午9： 00-12:00，下午 13:30-17:00
	白石巷318 号二楼	限双休日上午9： 00-12:00，下午 13:30-17:00
杭州市江干区 市民之家社保 医保综合窗口	凤起东路 888号（即 运河东路 200号）	周一至周日（法定节 假日外）上午 9:00-12:00，下午 13:30-17:00

杭州市江干区 医疗保险服务 大厅	景昙路广 景弄6号	法定工作日上午8： 30-12：00，下午 14：30-17：30（冬令 时下午 14：00-17：00）
杭州市拱墅区 行政服务中心 人社综合窗口	绍兴路555 号	周一至周日（法定节 假日外）上午9： 00-12：00，下午 14：00-17：00（冬令 时下午 13：30-17：00）

杭州市西湖区 市民之家社保 医保综合窗口	竞舟路228 号	周一至周日（法定节 假日外）上午9： 00-12:00，下午 14:00-17:00
杭州高新区 （滨江）市民 之家社保医保 进件窗口	泰安路200 号	周一至周日（法定节 假日外）上午9： 00-12:00，下午 14:00-17:00（冬令 时 下 午 13:30-17:00)

杭州经济技术开发区钱塘新区行政审批局 社保审批窗口	幸福南路 1116号 和茂大厦 一楼D区	周一至周日（法定节假日外）上午9：00-12：00，下午13：30-17：00（冬令时下午13：30-17：00）
杭州大江东办事服务中心 社保医保综合窗口	江东大道 3899号 一楼西区	周一至周日（法定节假日外）上午9：00-11：30，下午13：30-17：00

<p>萧山区社会保 障管理中心办 事大厅</p>	<p>萧山区萧 然南路373 号</p>	<p>法定工作日上午 8:30-11:45, 下午 14:00-17:45 (冬令 时 下 午 13:30-17:15)</p>
<p>萧山区行政服务 中心一楼B区社 保窗口</p>	<p>萧山区市心 中路1069号</p>	<p>周一至周日 (法定节 假日外) 上午 8:30-11:45, 下午 13:30-17:15 (冬令 时 下 午 13:00-16:45)</p>

萧山区办事服务中心临浦分中心	萧山区临浦镇元宝山路1号	法定工作日上午8:30-11:30, 下午13:30-17:00 (冬令时 上午8:30-11:30, 下午13:00-16:30)
萧山区办事服务中心瓜沥分中心	萧山区瓜沥镇政通路100号	法定工作日上午8:30-11:45, 下午13:30-16:45 (冬令时 上午8:30-11:30, 下午13:00-16:15)

余杭区市民之家	临平南大街265号	周一至周日（法定节假日外）上午8:30-12:00，下午13:30-17:00（冬令时下午13:00-16:30）
富阳区医保综合窗口	鹿山街道江连街27号A座1楼A27-A30	法定工作日上午8:30-11:30，下午13:30-16:30；双休日（法定节假日外）上午8:30-11:00，下午13:00-16:30

(本宣传资料供参考，以正式文件为准)