威 海 市 总 工 会

关于开展第十八期职工医疗互助补充保险参保工作的通知

各区市总工会，国家级开发区总工会，综保区总工会，市直机关工会工委，市直各产业工会，市直各单位工会：

威海市总工会研究决定开展第十八期职工医疗互助补充保险（以下简称“惠工保”）参保工作，继续推进住院医疗互助保障项目和住院津贴互助保障项目，主要参保政策相较第十七期“惠工保”不变，现将有关事项通知如下：

一、参保注意事项

（一）**认定工会法人资格。**各单位工会要组织职工以团体的形式参保，参保需提供单位工会法人资格证书，凡工会法人资格证书过期、工会法人已变更但未更换法人资格证书的单位要及时更换法人资格证书，以免影响参保。

（二）**严格审核把关。**各单位工会要对参保材料逐份认真审核，确保参保人员符合文件要求。对由于工作不负责、审核把关不严等原因造成的不符合政策规定的参保和理赔申请，由参保单位负责解决。各区市总工会负责本辖区单位的参保审核工作。

（三）**线上参保。**参保采取线上的方式进行（网址：http://cb.whghzx.com/users/login）。参保时间为 2026 年 11 月 5

日—2026年12月30日，请各参保单位及时登录系统，更新维护本单位基本信息，完成参保、资料下载等工作。**无法提供电子印章的单位，可采取线上登记审核和线下提报材料的方式参保。**线上参保时，已注册单位可直接使用去年的用户名、密码登陆，忘记用户名、密码的单位可以在系统中根据提示找回或者联系市职工综合服务中心工作人员进行重置。

（四）参保缴费方式。除职工个人缴费参保方式外，参保单位可以使用工会经费为工会会员统一缴费参保。（文件依据：鲁会办〔2022〕38号《山东省基层工会经费收支管理实施细则》“第三章第九条之（五）规定：其他服务支出。基层工会用于组织和开展会员、互助保障普遍惠及基层职工服务方面的支出。”）

同时参保住院医疗互助保障项目、住院津贴互助保障项目的，要分开填表、分别缴费，缴费分为对公账户转帐和现金银行缴存两种方式，暂不接受支票和现金缴费。

二、有关工作要求

（一）加强组织领导，顺利完成参保工作。各区市总工会要高度重视，积极组织实施“惠工保”，广泛宣传，精心组织，竭诚服务职工群众，争取让更多职工加入这项“民心工程”，努力实现参保工作全覆盖。

（二）做好宣传发动，营造良好参保氛围。各级工会要充分利用新闻媒体和工会阵地，宣传解读“惠工保”的有关政策，提高社会知晓率和职工参与率。要大力倡导“我为人人，人人为我”

的互助互济理念，让广大职工深入了解“惠工保”的宗旨、目的和意义，积极踊跃参保。

（三）积极开源扩面，扩大覆盖职工群体。各级工会要依托已缴纳工会经费或建会筹备金的单位资源，精准开展政策推送，深挖参保潜力，主动动员引导，不断吸纳更多职工参保，稳步扩大保障覆盖面。

（四）热情周到服务，推动保险健康发展。各级工会要安排事业心和责任感强的同志负责具体工作，热情耐心解答职工疑问，认真审核和及时报送线下申请理赔所需的材料，真正把好事办好，切实提高职工群众的获得感幸福感安全感。

服务电话：

住院医疗互助保障项目：5807198

住院津贴互助保障项目：5327758

职工综合服务中心：5331279、5208885

附件：1.住院医疗互助保障项目主要内容

2.住院津贴互助保障项目主要内容

3.建档困难职工家庭、困难女职工保障项目主要内容

4.线上理赔操作流程

5.住院医疗互助保障项目团体申请表

6.住院医疗互助保障项目人员手册

7.住院医疗互助保障项目理赔申请审核表

8.住院津贴互助保障项目团体申请表

9.住院津贴互助保障项目人员手册

10.住院津贴互助保障项目理赔申请审核表

11.建档困难职工家庭、困难女职工保障项目理赔申请审核表

威海市总工会

2026 年 11 月 5 日

附件 1

住院医疗互助保障项目主要内容

一、参保对象

1.威海市行政区域内的企业、事业单位、机关、社会组织中参加了城镇职工基本医疗保险的在职工会会员，在本人自愿的前提下，均可由单位工会按规定统一组织，以团体的形式参加。

2.在职会员数在25人（含）以上的参保单位，参保人数不得低于本单位参加城镇职工基本医疗保险人数的80%。

3.在职会员数在25人以下的，单独建会的参保单位可以单独参保，也可以联合工会的形式（需出具成立联合工会的批复文件（复印件））参保，参保单位需全员参保；未单独建会参保单位需以联合工会的形式（需出具成立联合工会的批复文件（复印件））参保，参保单位需全员参保。

4.已退休人员[1]、退休返聘人员不得参加本项目；档案类型是个人托管户或职业介绍所的，不允许以托管单位的名义参加本项目。

二、保障期限

保障期自2027年1月1日起，至2027年12月31日止。

三、互助金的筹措

缴费标准：一个保障期，缴费标准为每人60元（参保会员

[1] 本文件中的“已退休人员”是指2027年1月1日（含）之前退休的职工。

个人缴纳50元，威海市总工会为每名参保会员补贴10元）。

四、保障责任

保障项目	保障内容	理赔金额	备注
住院费用（不包括日间病房和住院期间产生的医保统筹支付范围内的门诊、药店医疗费用）	发生在城镇职工基本医疗保险统筹支付范围内的住院费用，扣除住院起付线（即过桥费）后，达到0.6万元（含0.6万元）的，即给付理赔。理赔标准和医保同步，分以下情况： （1）起付线至4万元的部分，对基本医疗保险报销后剩余的部分，按照65%比例予以理赔； （2）4万元（含）至50万元的部分，对基本医疗保险报销后的剩余部分，按照75%比例予以理赔。	最高10万元	对一个保障期内符合城镇职工基本医疗保险统筹支付范围内的费用多次累加达到0.6万元的情形，也可以理赔。

1.参保会员因病住院，发生在城镇职工基本医疗保险统筹支付范围内的住院费用(不包括日间病房和住院期间产生的医保统筹支付范围内的门诊、药店医疗费用），扣除住院起付线（即过桥费）后，达到0.6万元（含0.6万元）的，即给付理赔。理赔标准和医保同步，分以下情况：

（1）起付线至4万元的部分，对基本医疗保险报销后剩余的部分，按照65%比例予以理赔；

（2）4万元（含）至50万元的部分，对基本医疗保险报销后的剩余部分，按照75%比例予以理赔。

本条规定的住院费用，在一个保障期内，符合城镇职工基本医疗保险统筹支付范围内的费用，多次累加达到0.6万元的，也

可予以理赔。

2.一个保障期内最高理赔限额为 10 万元。

3.一个保障期内均可申请理赔，申请时间最晚不得超过保障期结束后 180 天，超期不予理赔。

五、理赔流程

（一）线上理赔流程

参保职工在**国内医院住院结算后的**进行理赔申请，仅需完成信息授权，即可申请理赔，线上理赔流程参见附件 4。

（二）线下理赔流程

1.无法线上授权的参保职工仍可线下办理理赔。职工出院并经基本医疗保险报销后，应到医保参保所在地打印本地的统筹费用结算单，并在线上下载、填写理赔申请审核表；由单位工会初审并加盖公章后，报所在市区职工服务中心；各市区职工服务中心负责对申请材料审查把关，及时上报威海市职工综合服务中心。威海市职工综合服务中心接到申请报告和相关材料后，在 10 个工作日内理赔完毕。

2.线下理赔所需材料

（1）《住院医疗互助保障项目理赔申请审核表》一式两份；

（2）住院专用票据（必须提供住院**发票原件或电子发票纸件**，否则不予报销）；

（3）医疗保险统筹费用结算单；如在威海市以外的医院住院，还需持**医保参保所在地打印的本地统筹费用结算单**；

（4）住院病历原件（病历只需提供住院病案首页、入院记录、出院记录）；

（5）本人的身份证正反面、以本人姓名开户的银行卡（仅限储蓄卡）复印件。

六、除外责任

发生以下情形之一的，不予理赔：

1.日间病房的病种产生的费用；

2.颈椎、腰椎、关节类病种非手术治疗产生的费用；

3.交通事故、工伤、职业病、怀孕和生育产生的相关费用，其中怀孕和生育产生的相关费用是指妊娠、流产、分娩产生的费用；

4.因违法犯罪、酗酒、斗殴、自杀等住院发生的医疗费用；

5.以各种欺诈、作弊手段参加住院医疗互助保障项目的；

6.新参保的工会会员，若住院日期发生在投保生效日期之前的，当次住院的费用不予理赔；

7.参保会员在保障期内退出城镇职工基本医疗保险，自其退出之日起，不再享有申请理赔的权利；

8.以任何形式伪造、编造医疗费用单据，骗取社会保险待遇及保险金理赔的。

附件 2

住院津贴互助保障项目主要内容

一、参保对象

1.威海市行政区域内的企业、事业单位、机关、社会组织中参加了城镇职工基本医疗保险的在职工会会员，在本人自愿的前提下，均可由单位工会按规定统一组织，以团体的形式参加。

2.在职会员数在25人（含）以上的参保单位，参保人数不得低于本单位参加城镇职工基本医疗保险人数的80%。

3.在职会员数在25人以下的，单独建会的参保单位，职工需全员参保；未单独建会的参保单位需以联合工会的形式（需出具成立联合工会的批复文件（复印件））参保，参保单位职工需全员参保。

4.已退休人员[2]、退休返聘人员不得参加本项目；档案类型是个人托管户或职业介绍所的，不允许以托管单位的名义参加本项目。

5.参保单位有非中国籍人员，需将护照复印件图片上传参保系统，不提交则无法参加本项目。

6.住院津贴互助保障项目每人最多可参保2份，参保2份的单位要统一份数标准。

二、保障期限

[2] 本文件中的“已退休人员”是指2027年1月1日（含）之前退休的职工。

保障期自 2027 年 1 月 1 日起，至 2027 年 12 月 31 日止。

三、互助金的筹措

缴费标准：一个保障期，缴费标准为每人 40 元，参保会员个人负担 40 元。

保障项目	保障内容	理赔金额	备注
每日住院津贴	意外或疾病住院	40 元/天	每次住院（含精神类疾病）的给付日数以 90 日为限（前次出院与本次入院间隔不超过三十日，视为一次住院）。参保会员多次住院的，累计给付日数以 180 日为限。
意外理赔金	普通意外伤残	最高 12000 元	意外伤残根据伤残等级给付相应比例的理赔金。根据《劳动能力鉴定职工工伤与职业病致残等级》（GB/T 16180-2014）确定被保险人的伤残程度，各伤残等级所对应的给付比例：一级 100%；二级 75%；三级 50%；四级 30%；五级 20%；六级 15%；七级 10%；八级 7%；九级 5%；十级 3%。
	普通意外身故（含猝死）	12000 元	
	交通意外伤残	最高 20000 元	交通意外伤残根据《人身保险伤残评定及代码》（GBT44893-2024）确定的伤残程度及其对应的保险金给付比例按本合同约定的该被保险人的保险金额乘以该处伤残的伤残等级所对应的保险金给付比例给付意外伤残保险金：一级 100%；二级 90%；三级 80%；四级 70%；五级 60%；六级 50%；七级 40%；八级 30%；九级 20%；十级 10%。可与普通意外伤残累加赔付。
	交通意外身故	20000 元	可与普通意外身故累加赔付。

特疾 慰问金	特定重大疾病	5000 元	原发性肝癌、原发性胃癌、原发性前列腺癌、原发性膀胱癌、原发性结肠癌、原发性胰腺癌、原发性乳腺癌、原发性卵巢癌、原发性子宫内膜癌、原发性宫颈癌、原发性输卵管癌、原发性阴道癌的一种或多种。

四、保障责任

（一）每日住院津贴

每日住院津贴是指在一个保障期内参保会员因各种疾病（含精神类疾病）或意外伤害在公立医疗机构住院，按住院天数可获得一定的住院津贴。住院期间，每人每天给付 40 元津贴。每次住院的给付日数以 90 日为限（前次出院与本次入院间隔不超过三十日，视为一次住院）。参保会员多次住院的，累计给付日数以 180 日为限。

（二）意外理赔金

1.普通意外：在一个保障期内，参保会员遭受意外伤害，自发生之日起 180 日内，因该意外伤害导致身体伤残的，根据伤残等级给付相应比例的理赔金，给付理赔金最高 12000 元；因该意外伤害导致身故（含猝死）的，给付理赔金 12000 元。

猝死：指由潜在疾病、身体机能障碍或其他非外来性原因所导致的、在出现急性症状后发生的突然死亡。以二级及以上公立医院出具的《死亡医学证明》为准，《死亡医学证明》中死亡原因明确诊断为猝死。

2.交通意外：在一个保障期内，参保会员因每天上下班驾驶

或搭乘公司大巴、公交车、公务车、私家车、摩托车遭受交通意外，自发生之日起180日内，因该意外伤害导致身体伤残的，根据伤残等级给付相应比例的理赔金，给付理赔金最高20000元，可与普通意外伤残累加赔付。因该交通意外伤害导致身故的，给付理赔金20000元。可与普通意外身故叠加赔付。

（三）特疾慰问金

在一个保障期内，参保会员初次发生，并经二级及以上公立医院专科医生诊断，初次确诊患有原发性肝癌、原发性胃癌、原发性前列腺癌、原发性膀胱癌、原发性结肠癌、原发性胰腺癌、原发性乳腺癌、原发性卵巢癌、原发性子宫内膜癌、原发性宫颈癌、原发性输卵管癌、原发性阴道癌的一种或多种，不包括原位癌，一经确诊，给付理赔金5000元。续保时，相同疾病不再赔付。

五、理赔流程

（一）线上理赔流程

参保职工在**国内医院住院结算后的**进行理赔申请，仅需完成信息授权，即可申请理赔，线上理赔流程参见附件4。

（二）线下理赔流程

参保职工意外理赔金、特疾慰问金、未经医保统筹的病种，例如工伤、保障范围内的交通事故的申请理赔，仍需线下办理。职工出院后，在线上下载、填写理赔申请审核表；由单位工会初审并加盖公章后，报所在市区职工服务中心；各市区工会职工服

务中心接到申请报告和相关材料后，在10个工作日内审批并理赔完毕。参保会员出险后1年内均可提出理赔申请，理赔金的申请，不受医保限制、费用限制。

六、线下理赔所需材料

（一）住院津贴理赔材料

1.《住院津贴互助保障项目理赔申请审核表》（以下简称《审核表》）；

2.本人身份证正反面、以本人姓名开户的银行卡复印件（必须为本人储蓄卡）；

3.住院病历复印件（仅需提供：住院病案首页、出院记录）、住院发票复印件；

4.发生交通事故的，还需提供交通事故责任认定书，驾驶机动车的，需提供行驶证和驾驶证。

（二）普通意外、交通意外伤残保障理赔材料

1.《审核表》；

2.身份证正反面和以本人姓名开户的银行卡复印件（仅限本人储蓄卡）；

3.整套病历原件，住院**发票复印件**；

4.意外事故证明；

5.威海市范围内具有鉴定资质的鉴定机构出具的工伤或意外伤残等级鉴定报告；

6.发生交通事故的，还需提供交通事故责任认定书，驾驶机

动车的，需提供行驶证和驾驶证。

（三）普通意外、交通意外、疾病身故保障理赔材料

1.《审核表》；

2.法定继承人的关系证明（证明是被保险人的父母、配偶、子女的关系证明）；

3.所有法定继承人的身份证、所有法定继承人的银行卡复印件；

4.死亡医学证明；意外身故证明；

5.普通意外身故需提供整套**病历原件**；交通意外身故需提供整套**病历原件**，交通事故责任认定书，驾驶机动车的，需提供行驶证和驾驶证；疾病身故仅需提供住院病案首页原件、出院记录原件、住院发票复印件。

（四）特疾慰问金理赔材料

1.《审核表》；

2.本人身份证正反面、银行卡复印件（必须为本人储蓄卡）；

3.住院**整套病历原件**（包括：住院病案首页、出院记录、入院记录、病理报告、手术记录、长期医嘱单、临时医嘱单）；

4.住院**发票复印件**；

5.投保**两份**的职工，需提供在职证明。

七、除外责任

发生以下情形之一的，不予理赔：

1.发生与怀孕、生育、美容整形、视力矫正、查体、针灸、

推拿、按摩等有关的住院治疗；

2.因违法犯罪、酗酒、斗殴、自杀、酒驾、无证、无牌驾驶等住院治疗的；

3.因遗传性疾病、先天性疾病和行为障碍（精神类疾病除外）等住院治疗的；

4.日间病房及住院时间未超过24小时的；

5.新参保的工会会员，若住院日期发生在投保生效日期之前的，该次住院相关费用不予理赔。

八、增值服务

（一）专属重疾绿色通道：参保职工经二级及以上公立医院首次确诊特定重大疾病，可享受指定知名三甲医院的专家挂号、住院协调及手术协调服务，需至少提前一周预约（山东省内医院优先预约）。联系电话：4009120120。

（二）24小时电话医生服务：参保职工本人常见医疗咨询建议、特定人群医疗问题咨询、参保职工本人遇到的各类就医疑问的解答、突发流行性疾病的医学知识普及与指导。联系电话：4009120120。

附件 3

建档困难职工家庭、困难女职工保障项目主要内容

为帮助困难职工家庭缓解生活压力，职工医疗互助保险工程设有建档困难职工家庭、困难女职工保障项目。

一、参保对象

符合建档条件的困难职工家庭和困难女职工（2026 年 12 月 31 日前由市区两级工会建档的困难职工家庭和困难女职工），威海市总工会提供免费参保。

二、保障期限

保障期自 2027 年 1 月 1 日起，至 2027 年 12 月 31 日止。

三、保障责任

建档困难职工家庭保障项目			
保障项目	保障内容	理赔金额	备注
意外伤残保障	自意外伤害发生之日起，180 日内因该意外伤害导致身体伤残的，按约定的家庭成员人均意外伤害保障金额乘以伤残等级给付相应比例的理赔金。	最高 90000 元	意外伤残保障、恶性肿瘤保障、重大疾病保障、住院费用补偿医疗保障、意外住院费用补偿医疗保障五类保障均是以家庭为单位成员均分
恶性肿瘤保障	经二级及以上公立医院专科医生初次诊断为恶性肿瘤，按约定的家庭成员人均恶性肿瘤保障金额给付理赔金。	最高 30000 元	

重大疾病保障	经二级及以上公立医院专科医生初次诊断患有二十九种种类的重大疾病，按约定的家庭成员人均重大疾病保障金额给付理赔金。与恶性肿瘤保障不重复给付。	最高 30000 元	保障金额。以重大疾病保障为例，若家庭成员数为 3 人，其中 1 名成员患二十九种种类重大疾病之一，可获理赔金 1 万元。
住院费用补偿医疗保障	因疾病或意外在公立医院住院，符合医疗保险支付范围内的住院医疗费用，具体根据家庭人数进行均分，经医保报销，0 免赔额，100%比例予以理赔；未经医保报销，100 元免赔额，90%比例予以理赔。	最高 10000 元	
意外住院费用补偿医疗保障		最高 12000 元	
家庭每日住院津贴	因意外伤害或疾病在公立医院住院，按照住院天数，每人每天给付 60 元补贴。每次住院的给付日数以 90 日为限。多次住院的，累计给付日数以 180 日为限。	60 元/天； 每人最高 10800 元	

建档困难女职工保障项目

保障项目	保障内容	理赔金额
六种特定恶性肿瘤保障	初次发生并经二级及以上公立医院确诊患原发性乳腺癌、原发性卵巢癌、原发性子宫内膜癌、原发性宫颈癌、原发性输卵管癌、原发性阴道癌等六种疾病中的一种或者多种，一经确诊，给付理赔金 30000 元。可与困难职工家庭恶性肿瘤保障累加赔付。	30000 元
住院费用补偿医疗保障	因意外或疾病在公立医院治疗，实际支出且符合医疗保险支付范围内的住院医疗费用，经医保报销，0 免赔额，100%比例给予理赔；未经医保报销，100 元免赔额，90%比例给予理赔。	最高 1000 元
急诊、门诊小手术费用补偿医疗保障	因意外或疾病，在公立医院治疗，符合医疗保险支付范围内的急诊、门诊小手术医疗费用，经医保报销，0 免赔额，100%比例给予理赔；未经医保报销，100 元免赔额，90%比例给予理赔。	最高 1000 元

（一）建档困难职工家庭保障项目

1.意外伤残保障：建档困难职工家庭成员自该意外伤害发生之日起，180日内因该意外伤害导致身体伤残的，按约定的家庭成员人均意外伤害保障金额乘以伤残等级给付相应比例的理赔金。

2.恶性肿瘤保障：经二级及以上公立医院专科医生初次诊断为恶性肿瘤（包括胃癌、肝癌、肺癌、乳腺癌、白血病等癌症）的，按约定的家庭成员人均恶性肿瘤保障金额给付理赔金。一个保障期内只给付一次（续保时，相同肿瘤疾病不再赔付）。

3.重大疾病保障：经二级及以上公立医院专科医生初次诊断患有二十九种种类的重大疾病，按约定的家庭成员人均重大疾病保障金额给付理赔金。一个保障期内只给付一次(一个保障期内，与恶性肿瘤不重复给付）。

（1）较重急性心肌梗死；（2）严重脑中风后遗症；（3）重大器官移植术或造血干细胞移植术；（4）冠状动脉搭桥术；（5）严重慢性肾衰竭；（6）多个肢体缺失；（7）急性重症肝炎或亚急性重症肝炎；（8）严重非恶性颅内肿瘤；（9）严重慢性肝衰竭；（10）严重脑炎后遗症或严重脑膜炎后遗症；（11）深度昏迷；（12）特定年龄双耳失聪；（13）特定年龄双目失明；（14）瘫痪；（15）心脏瓣膜手术；（16）严重阿尔茨海默病；（17）严重脑损伤；（18）严重原发性帕金森病；（19）严重Ⅲ度烧伤；（20）严重特发性肺动脉高压；（21）严重运动神经元

病；（22）语言能力丧失；（23）重型再生障碍性贫血；（24）主动脉手术；（25）严重慢性呼吸衰竭；（26）严重克罗恩病；（27）严重溃疡性结肠炎；（28）严重原发性心肌病；（29）严重多发性硬化症。

4.住院费用补偿医疗保障：建档困难职工家庭成员因疾病或意外，在公立医院住院，对参保人实际支出的、符合社会基本医疗保险支付范围内的住院医疗费用,经医保报销,0 免赔额,100%比例予以理赔；未经医保报销，100 元免赔额，90%比例予以理赔。若参保人已从其他商业保险公司获得补偿或给付，对剩余未获补偿或给付的部分按上述规定给付理赔金。（保障期届满参保人治疗仍未结束的，自保障期届满次日起至出院之日止，但最长为连续 90 日）。

5.意外住院费用补偿医疗保障：建档困难职工家庭成员因意外，在公立医院住院，对参保人实际支出的、符合社会基本医疗保险支付范围内的住院医疗费用，经医保报销，0 免赔额，100%比例予以理赔；未经医保报销，100 元免赔额，90%比例予以理赔。若参保人已从其他商业保险公司获得补偿或给付，对剩余未获补偿或给付的部分按上述规定给付理赔金。（保障期届满参保人治疗仍未结束的，自保障期届满次日起至出院之日止，但最长为连续 90 日）。

6.家庭每日住院津贴：住院津贴是指在一个保障期内参保家庭成员因各种疾病（含精神类疾病）或意外伤害在公立医疗机构

住院，按住院天数可获得一定的住院津贴。

（1）在一个保障期内，建档困难职工家庭成员每人因意外伤害或疾病在公立医院住院，按照住院天数，每人每天给付60元津贴。

（2）每次住院的给付日数以90日为限（前次出院与本次入院间隔不超过三十日，视为一次住院），多次住院的，累计给付日数以180日为限。

(二）建档困难女职工保障项目

1.六种特定恶性肿瘤保障:在一个保障期内,建档困难女职工初次发生并经二级及以上公立医院确诊患原发性乳腺癌、原发性卵巢癌、原发性子宫内膜癌、原发性宫颈癌、原发性输卵管癌、原发性阴道癌等六种疾病中的一种或者多种，一经确诊，给付理赔金30000元。可以与困难职工家庭恶性肿瘤保障累加赔付。

2.住院费用补偿医疗保障：建档困难女职工因意外或疾病在公立医院住院，对实际支出的、符合社会基本医疗保险支付范围内的住院医疗费用，经医保报销，0免赔额，100%比例给予理赔；未经医保报销，100元免赔额，90%比例给予理赔。若建档困难女职工已从社会基本医疗保险、公费医疗或其他途径获得补偿或给付,对剩余未获补偿或给付的部分按上述规定给付理赔金。(保障期届满参保人治疗仍未结束的,自保障期届满次日起至出院之日止，但最长为连续90日）。

3.急诊、门诊小手术费用补偿医疗保障：建档困难女职工因

意外或疾病，在公立医院，对建档困难女职工符合当地社会基本医疗保险支付范围内的急诊、门诊小手术医疗费用，经医保报销，0 免赔额，100%比例给予理赔；未经医保报销，100 元免赔额，90%比例给予理赔。若建档困难女职工已从社会基本医疗保险、公费医疗或其他途径获得补偿或给付，对剩余未获补偿或给付的部分按上述规定给付理赔金。

四、理赔所需材料

建档困难职工家庭、困难女职工保障项目采用线下理赔方式。理赔时需提供《建档困难职工家庭、困难女职工保障项目理赔申请审核表》；其他理赔材料与住院津贴互助保障项目中对应的各分项的理赔材料一致。住院费用补偿医疗和意外住院费用补偿医疗除提交以上材料外，还需提供住院发票和医保结算单原件及整套住院病历原件。

五、除外责任

发生以下情形之一的，不予理赔：

1.发生与怀孕、生育、美容整形、视力矫正、查体、针灸、推拿、按摩、皮肤等有关的住院治疗；

2.违法犯罪、酗酒、斗殴、自杀、酒驾、无证驾驶等；

3.遗传性疾病，先天性疾病和行为障碍（精神类疾病除外）等治疗的；

4.新参保的建档困难职工家庭、困难女职工，若住院日期发生在投保生效日期之前的，该次住院相关费用不予理赔。

5.日间病房及住院时间未超过24小时的相关费用不予理赔。

六、理赔金的申请和给付

建档困难职工家庭、困难女职工达到理赔条件并出院后，应立即到单位工会报告，领取、填写申请审核表；由单位工会初审并加盖公章后，报所在区市职工服务中心；各区市工会职工服务中心接到申请报告和相关材料后，在10个工作日内审批并理赔完毕。

附件 4

线上理赔操作流程

参保职工在**国内医院住院结算后的**进行理赔申请，仅需完成信息授权，即可申请理赔，具体操作如下：

第一步：在手机微信上搜索并打开“威海医保”小程序。首次登录需从“我的——登录/注册”填写个人信息；

第二步：从小程序“首页”，进入“我要办事”——“公共业务——个人医保信息授权查询与使用”；

第三步：人脸识别认证——进入“威海工会互助保险理赔申请”；

第四步：填写个人相关信息——点击“查询”。

请注意提示信息是否正确，如有异议，请联系服务电话（住院医疗项目：5807198、住院津贴项目：5327758），咨询工作人员。如无异议，点击“立即授权”，完成理赔申请。理赔服务人员将在获取授权信息后 5 个工作日内完成理赔。

附件 5

住院医疗互助保障项目团体申请表

单位名称全称(盖章)	
所属区市	
单位性质	
证件类型及号码 （在相应的项目后画“√”并填写号码）	□社会统一信用代码： □组织机构代码号码：
工会主席姓名	
联系方式	
经办人姓名	
经办人联系方式	
申请单位地址	
申请日期	年　　月　　日
会员个人缴费标准（元/人，勾选）	□50 元/人
参保人数	人
缴费总金额	元
开发票户头名称	
社保缴费人数	人
参保人数占社保缴费人数比例	
各区市总工会意见（盖章）	

备注：投保所盖公章户头必须与报销需要开具的发票户头一致。

附件 6

住院医疗互助保障项目人员手册

单位名称：

序号	姓名	身份证号码（18 位）	手机号码
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			

备注：1.人员手册直接在网上参保系统中下载模版填写；

2.手机号码必须填写，保证准确无误。

附件 7

住院医疗互助保障项目理赔申请审核表

申请人姓名	
手机号码	
身份证号码	
银行卡号及开户行 （必须为本人储蓄卡）	
申请人所在单位	
本次报销住院次数	
所在单位工会意见 （盖章）	经办人： 年　月　日
区市职工服务中心审核意见（盖章）	经办人： 年　月　日

备注：此表一式两份，其中市职工综合服务中心留存一份，区市职工服务中心留存一份。所在单位名称及盖章需与参保团体申请表名称一致。

附件 8

住院津贴互助保障项目团体申请表

单位名称全称(盖章)	
所属区市	
证件类型及号码	
工会主席姓名	
联系方式	
经办人姓名	
经办人联系方式	
申请单位地址	
申请日期	年　　月　　日
会员个人缴费标准（元/人）	40 元/人/份
参保人数	人
参保份数	份
缴费总金额	元
缴费方式（在相应的项目后画“√”）	□单位统一缴费　　□ 个人缴费
职工总人数	人
参保人数占职工总人数比例	
各区市总工会意见（盖章）	

备注：1.该申请表与《团体保险投保单》具有同等法律效力；

2.我单位已将“惠工保”的保障责任、责任免除等有关情况告知各参保被保险人，所有申请已得到被保险人的同意。

3.证件类型包括：营业执照、统一社会信用代码证书、工会法人资格证书、事业单位法人证书

4.证件类型及号码要与提交参保系统的证件类型及号码相一致。

附件 9

住院津贴互助保障项目人员手册

单位名称（加盖公章）：

序号	姓名	身份证号码（18 位）	手机号码	缴费金额
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				

备注：1.人员手册直接在网上参保系统中下载模版填写；

2.手机号码、身份证号必须填写正确，保证准确无误。

附件 10

住院津贴互助保障项目理赔申请审核表

被保人姓名		手机号码	
身份证号码			
申请人所在单位			
银行账号			
出险经过			
本次报销住院病历份数			
所在单位工会意见（盖章）	经办人： 年　月　日		
各区市职工服务中心审核意见（盖章）	经办人： 年　月　日		

备注：1.所在单位名称及盖章需与参保时团体申请表名称一致；

2.每份住院病历均需附身份证、本人银行卡复印件。

附件 11

建档困难职工家庭、困难女职工保障项目理赔申请审核表

被保人姓名		手机号码	
身份证号码			
银行账号 （必须为本人储蓄卡）			
被保人为困难职工本人/家属			
是否为困难女职工			
困难职工 所在单位			
本次报销病历份数			
困难职工所在单位工会意见（盖章）	经办人： 年　月　日		
各区市职工服务中心审核意见（盖章）	经办人： 年　月　日		

备注：所在单位名称及盖章需与参保时团体申请表名称一致。