

宿迁市退役军人事务局

宿迁市 财 政 局

宿迁市 医 疗 保 障 局

宿迁市 卫 生 健 康 委

文件

宿退役军人规〔2025〕1号

关于修订印发《宿迁市部分享受国家定期抚恤补助优抚对象住院医疗补充保险实施办法》的通知

各县（区）退役军人事务局、财政局、卫生健康局、医疗保障局，市各开发区（新区）财政局、政法和社会管理办公室（社会事业局）：

现将修订后的《宿迁市部分享受国家定期抚恤补助优抚对象住院医疗补充保险实施办法》印发给你们，请遵照执行。

(此页无正文)



(此件公开发布)

宿迁市部分享受国家定期抚恤补助优抚对象 住院医疗补充保险实施办法

第一条 为进一步健全享受国家定期抚恤补助优抚对象多层次医疗保障体系，提高医疗保障水平，根据《军人抚恤优待条例》《江苏省优抚对象医疗保障办法》（苏退役军人规〔2024〕1号）《宿迁市医疗保障办法》（宿政规发〔2023〕19号）和《宿迁市健全重特大疾病医疗保险和救助制度实施办法》（宿政规发〔2022〕12号）等规章、文件，结合本市实际，制定本办法。

第二条 本市户籍且领取国家定期抚恤补助的部分优抚对象（以下简称优抚对象）住院医疗补充保险管理适用本办法。

第三条 本办法所称的优抚对象住院医疗补充保险是指经基本医疗保险、大病保险、医疗救助等补偿后，对合规医疗费用剩余部分，以及医保规定目录范围外合理且必须的自费费用进行再保障的商业补充保险。

第四条 领取国家定期抚恤补助的部分优抚对象包括下列人员：（一）残疾军人；（二）在乡复员军人；（三）参战退役军人；（四）参加核试验退役军人；（五）带病回乡退伍军人；（六）烈士遗属、因公牺牲军人遗属、病故军人遗属；（七）年满60周岁烈士老年子女；（八）伤残民兵民工。

第五条 退役军人事务部门负责优抚对象住院医疗补充保险

管理工作。

财政、医保、卫生健康等部门按照各自职责，配合做好优抚对象住院医疗保险管理工作。

第六条 优抚对象住院医疗补充保险筹资标准按照每人每年300元标准筹集。根据保费使用及经济社会发展情况，筹资标准可在下一保险年度适当调整。

第七条 县（区）财政可统筹使用中央、省下达的重点优抚对象医疗补助经费和重点优抚对象自然减员结余的抚恤补助经费，也可通过福彩公益金、社会募集资金等方式筹集资金，不足部分由县（区）财政承担。重点优抚对象不承担住院医疗补充保险的资金筹集。

第八条 优抚对象住院医疗费用经医保等补偿后的剩余部分，医保规定目录范围内的自付费用和3000元以下医保规定目录范围外合规且必须的自费费用按85%比例理赔，理赔年度设一次免赔额200元，年度最高赔付额1万元。3000元以上医保规定目录范围外合规且必须的自费费用实行按比例分段赔付，3000元（含）以上至10000元部分按65%比例理赔，10000元（含）以上按55%比例理赔，年度限额2万元。

第九条 优抚对象由县（区）退役军人事务部门统一投保，当年新审批通过的优抚对象以审批通过时间起始作为投保对象，享受保险待遇。

第十条 县（区）退役军人事务部门应当为一至六级残疾军

人集中购买省市医保部门指导的普惠型商业补充医疗保险,实现基本医疗、补充医疗保险、医疗救助、商业保险组成的多层次医疗保障。购买普惠性商业补充保险投保所需费用从优抚资金中统筹安排。一至六级残疾军人医保目录范围内的自付费用由属地优抚对象医疗补助资金全额补助,医保目录范围外合规且必须的自费费用由本办法进行理赔。

第十一条 优抚对象住院医疗补充保险通过公开招标方式确定中标商业保险公司(简称“承保机构”),一次中标承保周期为3年。

第十二条 县(区)退役军人事务部门根据投保人数与承保机构签署保险合同,一年一投保。投保人数以每年3月31日全国优抚信息管理系统经审核通过的优抚对象人数为准。

第十三条 优抚对象住院医疗补充保险合同签订后,由县(区)退役军人事务部门向财政部门提出申请,财政部门及时拨付所需资金,承保机构向退役军人事务部门出具保单和正规发票。

第十四条 住院医疗补充保险的保险年度按投保年度计算。跨年度住院治疗的,以入院日期为准。

第十五条 优抚对象住院医疗补充保险结算排在基本医疗保险、大病保险、医疗救助及医保部门指导的普惠型商业补充医疗保险等补偿之后。具有建档立卡低收入农户等多重身份的优抚对象,优先享受宿迁市大病补充保险待遇。

第十六条 维护优抚对象合法权益,保持住院医疗补充保险

连续性，原承保机构与现承保机构之间应做好衔接。优抚对象保险待遇衔接以入院日期为准，投保合同签订前入院的继续适用原保险合同。

第十七条 市、县（区）退役军人事务部门会同同级财政部门定期对承保机构合同履行情况、服务效率和服务质量等进行考核，作为续约的依据。

第十八条 承保机构应当按照合同约定积极履行社会责任，规范操作，热情服务，公开理赔服务电话，及时提供理赔服务。

第十九条 县（区）退役军人事务部门可选定二级以上医保定点医疗机构为一至六级残疾军人提供医疗服务。

第二十条 卫生健康部门负责医疗行为的监督，保障医疗服务质量。医疗保障部门负责对纳入医疗机构使用医疗保障基金行为进行监督，严肃查处违法违规使用医疗保障基金的行为。

第二十一条 本办法自2025年5月1日起施行，有效期至2028年4月30日。