

# 福建省职工服务中心

闽职服〔2021〕8号

## 关于做好福建省总工会本级第六期 职工医疗互助活动的通知

省教科文卫体工会工委、省机械化工矿冶工会工委直接管理的，工会组织关系直接隶属于省总工会的在榕企事业单位工会和省总工会基层工作部联系的省级行业（系统）工会省级总部工会：

为加强省本级职工医疗互助工作，根据《福建省总工会办公室关于印发〈福建省总工会本级职工医疗互助活动实施办法〉的通知》（闽工办〔2019〕25号）和《福建省总工会本级职工医疗互助活动实施办法调整方案》的要求，现就做好省总工会本级第六期职工医疗互助活动（以下简称“第六期医疗互助活动”）通知如下：

## 一、参加范围和对象

(一) 参加范围：由省教科文卫体工会工委和省机械化工矿冶工会工委直接管理的、工会组织关系直接隶属于省总工会的在榕企事业单位工会和由省总工会基层工作部联系的省级产业（系统）工会省级总部工会组织（以下简称“用人单位工会”）。

(二) 参加对象：未达到法定退休年龄的在职职工（含各种用工形式的在职职工）。

凡符合参加范围的用人单位在职职工，均可根据自愿原则，由其本人所在单位工会统一组织参加第六期医疗互助活动。原则上，参加职工医疗互助活动的职工数不低于本单位在职职工总数80%；在职职工人数不足30人（含）的，应全部参加。

未与用人单位签订劳动合同或合同期少于一年，以及不能提供最近3个月工资在册名单者，不予参加。

## 二、互助金筹集与管理

第六期医疗互助活动的互助金（以下简称互助金）缴费标准为每人100元。采取职工个人缴纳为主、用人单位和工会经费适当补助的方式筹集，具体方案由用人单位工会自行确定。互助金缴款后不退款，期满后不返还。

省职工服务中心负责对归集的互助金进行管理，确保互助金专款专用。当期互助金如果出现赤字，先从历年结余中补充。仍然不足的，由省总工会给予补助。当期互助金结余的，结转下期滚存使用。开展职工医疗互助活动的工作经费

及人员工资等，全部由省总工会承担。

互助金使用接受省总工会财务部门检查、经审部门审计和社会监督。

### 三、活动期限和报名程序

(一) 活动期限：第六期医疗互助活动期限为一年，从2022年的1月1日零时起至2022年的12月31日24时止。参加第六期医疗互助活动的职工在有效期内退休、调动的，其补助权益不受影响，直至期满为止。

(二) 报名时间：第六期医疗互助活动报名时间为2021年11月10日至12月10日；因特殊原因在医疗互助周期生效后报名的，同样按每人每期100元标准缴纳互助金，有效期自用人单位工会向省职工服务中心交齐材料并缴足互助金次日零时起，至2022年12月31日24时止（并按本通知第五项第(一)款的要求管理）。

(三) 报名程序：用人单位工会按《福建省总工会本级职工医疗互助活动报名和缴款须知》（附件1）要求，以团体名义向省职工服务中心报名，不接受分批次报名。报名时应提供以下材料：

1. 《福建省总工会本级第六期职工医疗互助活动团体报名表》（附件3）；

2. 《福建省总工会本级第六期职工医疗互助活动人员花名册》（附件4）；

3. 签订的劳动合同以及最近3个月职工工资在册名单。

省职工服务中心收到完整报名材料后，在10个工作日内完成审核，并反馈报名结果。用人单位工会应根据审核同意的人数及标准，及时将互助金转存到指定银行账户。互助金转存指定银行账户成功后，职工医疗互助生效。

#### 四、补助项目和标准

##### （一）住院补助及标准

设置住院净自付补助首次补助起付线为500元（包含按病种补助）。

参加第六期医疗互助活动的职工，在本期内多次住院的，第一次申请住院补助起付线为500元，此后不再计扣起付线。

1. 定点医疗机构（指二级及以上医院，下同）按常规办法收费的，职工医疗互助住院补助基数为：住院医保目录内净自付费用扣除起付线后的费用。住院医保目录内净自付费用是指：住院医保目录内费用扣除医保统筹支付、公务员补贴、大额医疗费用补充保险后的自付部分。

2. 职工医疗互助住院补助标准为：

（1）参加城镇职工基本医疗保险和享受二级医疗保健待遇的，按住院补助基数50%补助；

（2）只参加城乡居民基本医疗保险的，按住院补助基数30%补助。

3. 定点医疗机构按病种收费管理的，按以下标准给予住院补助：

(1) 参加城镇职工基本医疗保险和享受二级医疗保健待遇的，按病种收费标准内（含限额内可另行收费的耗材费用）个人负担额 30% 补助；

(2) 只参加城乡居民基本医疗保险的职工，按病种收费标准内（含限额内可另行收费的耗材费用）个人负担额 10% 补助。

参加城镇职工基本医疗保险和享受二级医疗保健待遇的，一个活动周期最高补助累计不超过 5 万元。只参加城乡居民基本医疗保险的，一个活动周期最高补助累计不超过 2 万元。当期已补助部分不重复计算。

## (二) 重大疾病补助

重大疾病病种为 34 种（见附件 2），对当期内经二级及以上医院（以下简称定点医院）首次确诊（指以前从未被医疗机构确诊过，下同）患 34 种重大疾病的职工，第 1—11 种重大疾病补助 2.5 万元，第 12—34 种重大疾病补助 2 万元，其中未发现颈部淋巴结以外转移的甲状腺癌并实施手术治疗的，作为特定疾病给予一次性补助 5000 元。

## (三) 死亡慰问金补助

参加互助活动的职工在互助期内因病死亡的（凭医学死亡证明书），每例补助 5000 元，由所在单位工会提出申请，补助金交由单位工会负责慰问其家属。因事故、自杀、刑事案件等其他非疾病死亡的，不纳入医疗互助范围。患者因重大疾病死亡的，其家属提出重大疾病补助申请，须提交齐全

的符合重大疾病补助的材料，方可受补。否则，仍按死亡慰问金补助。

以上三项补助可以叠加享受。对住院时间出现跨期现象（入院时间在上一期，出院时间在下一期），以出院小结记录的入院时间作为所属医疗互助周期判定基准，补助金申请按照相应周期医疗互助办法的条款执行。

## 五、除外责任

（一）免责期：首次参加（或未连续参加）医疗互助活动的单位干部职工实行60天免责期。

（二）职工发生下列情况之一，不给予补助：

1. 通过欺骗、作弊等方式提供虚假证明的；
2. 因醉酒、斗殴致伤或故意自伤自残自杀，或因故意犯罪或拒捕致伤，或因违法违纪行为、工伤导致住院的；
3. 保胎、流产、堕胎、分娩等（并发症除外）的；
4. 常规性健康检查、疗养、特别护理、康复性治疗、物理治疗、心理治疗等医疗行为的；
5. 整容、整容手术、美容、美容手术、矫形、矫形手术、外科整形手术、变性手术、预防性手术以及因此而引起的并发症治疗的。但因自然伤害所致的矫形、矫形手术、外科整形手术不在此限；
6. 在非定点医疗机构住院的；
7. 门诊就医的；
8. 在定点医疗机构挂床，但实际并未住院的；

9. 省职工服务中心认定的其他情形。

## 六、补助金申请和发放

### （一）补助金申请

由职工本人向用人单位工会提出补助申请，用人单位工会指定专人到省职工服务中心统一办理。

申请省总工会职工大病补助的，依前款程序办理。

### （二）申请补助期限

第六期医疗互助活动申请补助的有效期限自 2022 年 1 月 1 日至 2023 年 6 月 30 日。逾期未提出申请的，视为放弃；因特殊原因无法按规定申请的，应由用人单位工会事先向省职工服务中心书面报备。

### （三）申请补助所需材料

1. 《福建省总工会本级第六期职工医疗互助活动补助金申请表》（见附件 5）；

2. 职工身份证复印件（所在单位工会盖章并签署“与原件一致”字样，经办人签名）；

3. 出院小结、诊断证明、住院收费票据、参保人员住院费用结算表等（使用复印件的，应由其单位工会对原件进行核验，并加盖单位工会印章，签署“与原件一致”字样，经办人签名）；

4. 重大疾病补助金的申请除了提供上述 1—3 项所列的材料外，还应提供以下材料：（1）门诊病历；（2）首次确诊检查报告单（如 CT、磁共振、B 超、心电图、病理切片报

告单、血液检验报告单、影像学报告等)原件或复印件加盖医院印章;对癌症患者,必须提供病理报告单和血液 HIV(艾滋病)检测报告单原件或复印件加盖医院印章。

5. 死亡慰问金申报材料需提供医学死亡证明书、《福建省总工会本级第六期职工医疗互助活动补助金申请表》和职工身份证复印件(所在单位工会盖章并签署“与原件一致”字样,经办人签名)。

6. 省职工服务中心认为需要提供的其他资料。

#### (四) 省总工会职工大病补助申请条件和补助标准

按《福建省总工会关于进一步深化职工医疗互助活动的意见》(闽工〔2018〕159号)文件执行。申请省总工会大病补助应提供以下材料:

1. 《福建省总工会职工大病补助申请表》(附件6);

2. 职工本人身份证复印件(所在单位工会盖章并签署“与原件一致”字样,经办人签名);

3. 当期历次住院的“参保人员住院费用结算表”(使用复印件的,应由其单位工会对原件进行核验,并加盖单位工会印章,签署“与原件一致”字样,经办人签名);

4. 省职工服务中心认为需要提供的其他资料。

#### (五) 补助金发放

申请补助材料由省职工服务中心专人初核、复核,省职工服务中心会计审核,省职工服务中心主任签批。

受理申请材料后15个工作日内应将补助款转入职工个



人账户。

## 七、活动的实施与管理

成立由省总工会权益保障部、基层工作部、财务资产管理部、经审办、省教科文卫体工会工委、省机械化工矿冶工会工委、省职工服务中心组成的省本级职工医疗互助活动管理委员会(以下简称“管理委员会”),作为第六期医疗互助活动的管理机构;下设办公室,挂靠省职工服务中心。职工医疗互助活动由管理委员会统一管理,省职工服务中心具体承办。

省总工会基层工作部和省教科文卫体工会工委、省机械化工矿冶工会工委负责职工医疗互助活动的宣传发动工作,广泛组织符合条件的基层工会和职工群众参加职工医疗互助活动。省总工会权益保障部负责指导职工医疗互助活动的实施。

省职工服务中心负责健全和落实一个窗口对外、一次性告知、限时办结、到期提醒等服务承诺,主动接受基层工会和职工群众监督,不断提高工作效率和服务质量。

第六期医疗互助活动期间,由管理委员会负责解释并根据本期医疗互助活动的运行情况适时调整。

附件: 1.福建省总工会本级第六期职工医疗互助活动报名和缴款须知

2.福建省总工会本级职工医疗互助活动重大疾

病的病种范围及定义

3. 福建省总工会本级第六期职工医疗互助活动  
团体报名表

4. 福建省总工会本级第六期职工医疗互助活动  
人员花名册

5. 福建省总工会本级第六期职工医疗互助活动  
补助金申请表

6. 福建省总工会职工大病补助申请表

福建省职工服务中心

2021年11月3日

附件1

## 福建省总工会本级第六期职工医疗互助活动 报名和缴款须知

### 一、报名须知

(一) 报名时间：2021年11月10日——12月10日，正常上班时间均可受理。

(二) 报名地点：省职工服务中心（福州市鼓楼区琴亭路33号职工之家一层）。

(三) 材料要求：

1. 《福建省总工会本级第六期职工医疗互助活动团体报名表》、《福建省总工会本级第六期职工医疗互助活动人员花名册》中的项目应填写完整，由用人单位工会主席签名，并加盖工会章。

2. 《报名表》、《花名册》应附EXCEL格式电子文档（从福建工会网站<http://www.fj12351.cn/>文献资料，下载空表），报名时与纸质材料一起交给省职工服务中心工作人员。

(四) 收到完整的材料后，省职工服务中心在10个工作日内完成审核、确认，并通知基层工会。

### 二、互助金缴款须知

(一) 用人单位工会按照省职工服务中心审核确认的人数和标准，统一将互助金转入（存入）指定账户，不受理个

人转账（存款）。

（二）指定账户

户 名：福建省职工服务中心

开户行：中国建设银行福州城北支行

帐 号： 35050189000700006616

（三）转帐（存款）请在缴款凭证上注明 “互助金缴费” 字样。

省职工服务中心联系人：

陈成彦 电话： 87716652 手机： 13950265019 邮箱  
： 175696564@qq.com

葛东强 电话： 87721689 手机： 13799919037

## 福建省总工会本级职工 医疗互助活动重大疾病的病种范围及定义

医疗互助活动所指的重大疾病系指参加本期医疗互助活动的职工在定点医院首次确诊患有下列疾病，并符合相应定义。

1、各种原发性恶性肿瘤（原发性癌症）。指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其它部位的疾病。经病理学检查结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）的恶性肿瘤范畴。下列疾病不在补助范围内：（1）原位癌；（2）相当于Binet分期方案A期程度的慢性淋巴细胞白血病；（3）相当于Ann Arbor分期方案I期程度的何杰金氏病；（4）皮肤癌（不包括恶性黑色素瘤及已发生转移的皮肤癌）；（5）TNM分期为T1N0M0期或更轻分期的前列腺癌；（6）感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤。

2、重大器官移植术或造血干细胞移植术。重大器官移植术，指因相应器官功能衰竭，已经实施了肾脏、肝脏、心脏或肺脏的异体移植手术。造血干细胞移植术，指因造血功能损害或造血系统恶性肿瘤，已经实施了造血干细胞（包括骨髓造血干细胞、外周血造血干细胞和脐血造血干细胞）的异体移植手术

3、冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）。指为治疗严重的冠心病，实际实施了开胸进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。冠状动脉支架植入术、心导管球囊扩张术、激光射频技术及其它非开胸的介入手术、腔镜手术不在补助范围。

4、终末期肾病（或称慢性肾功能衰竭尿毒症期）。指双肾功能慢性不可逆性衰竭，达到尿毒症期，经诊断后已经进行了至少90天的规律性透析治疗或实施了肾脏移植手术。

5、急性或亚急性重症肝炎。指因肝炎病毒感染引起肝脏组织弥漫性坏死，导致急性肝功能衰竭，且经血清学或病毒学检查证实，并须满足下列至少2项条件：（1）重度黄疸或黄疸迅速加重；（2）肝性脑病；（3）B超或其它影像学检查显示肝脏体积急速萎缩；（4）肝功能指标进行性恶化。

6、良性脑肿瘤。指脑的良性肿瘤，已经引起颅内压增高，临床表现为视神经乳头水肿、精神症状、癫痫及运动感觉障碍等，并危及生命。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，并须满足下列至少一项条件：（1）实际实施了开颅进行的脑肿瘤完全切除或部分切除的手术；（2）实际实施了对脑肿瘤进行的放射治疗。脑垂体瘤、脑囊肿、脑血管性疾病不在补助范围内。

7、心脏瓣膜手术。指为治疗心脏瓣膜疾病，实际实施了开胸进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。

8、重型再生障碍性贫血。指因骨髓造血功能慢性持续性衰竭导致的贫血、中性粒细胞减少及血小板减少。须满足下列全部条件：（1）骨髓穿刺检查或骨髓活检结果支持诊断；（2）外周血象须具备以下三项条件：①中性粒细胞绝对值 $\leq 0.5 \times 10^9/L$ ；②网织红细胞 $< 1\%$ ；③血小板绝对值 $\leq 20 \times 10^9/L$ 。

9、主动脉手术。指为治疗主动脉疾病，实际实施了开胸或开腹进行的切除、置换、修补病损主动脉血管的手术。主动脉指胸主动脉和腹主动脉，不包括胸主动脉和腹主动脉的分支血管。动脉内血管成形术不在补助范围内。

10、严重的多发性硬化。指因中枢神经系统脱髓鞘而导致的不可逆的身体部位的功能障碍，需由神经科专科医生提供明确诊断，并有CT或核磁共振检查结果诊断报告。不可逆的身体部位功能障碍指诊断为功能障碍后需已经持续180天以上。由神经科专科医生提供的明确诊断必须同时包含以下内容：（1）明确出现因视神经、脑干和脊髓损伤而导致的临床表现；（2）神经系统散在的多部位病变；（3）有明确的上述症状及神经损伤反复恶化、减轻的病史纪录。

11、白血病。指造血组织中的白细胞及幼稚细胞呈肿瘤增殖，白细胞的量和质发生变化，系造血系统的恶性肿瘤。

12、较重急性心肌梗塞。指因冠状动脉阻塞导致的相应区域供血不足造成部分心肌坏死。须满足下列三项条件：（1）典型临床表现，例如急性胸痛等，入院时及住院中各一次心

电图改变提示急性心肌梗塞；（2）心肌酶（至少一次检测结果达到正常值上限的2倍（含）以上）或肌钙蛋白（至少一次检测结果达到正常值上限的15倍（含）以上）有诊断意义的升高，或呈符合急性心肌梗塞的动态性变化；（3）确诊6周以后，经检查证实左心室功能降低，左心室射血分数低于50%（不含）。

13、脑中风后遗症。指因脑血管的突发病变引起脑血管出血、栓塞或梗塞，并导致神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊120天后，仍遗留下列一种或一种以上障碍：（1）一肢或一肢以上肢体机能完全丧失；（2）语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失；（3）自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

14、多个肢体缺失。指因疾病或意外伤害导致两个或两个以上肢体自腕关节或踝关节近端（靠近躯干端）以上完全性断离。

15、慢性肝功能衰竭失代偿期。指因慢性肝脏疾病导致肝功能衰竭。须满足下列全部条件：（1）持续性黄疸；（2）腹水；（3）肝性脑病；（4）充血性脾肿大伴脾功能亢进或食管胃底静脉曲张。

16、脑炎后遗症或脑膜炎后遗症。指因患脑炎或脑膜炎导致的神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊120天后，仍遗留下列一种或一种以上障碍：



(1) 一肢或一肢以上肢体机能完全丧失；(2) 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失；(3) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

17、深度昏迷。指因疾病或意外伤害导致意识丧失，对外界刺激和体内需求均无反应，昏迷程度按照格拉斯哥昏迷分级(Glasgow coma scale)结果为5分或5分以下，且已经持续使用呼吸机及其它生命维持系统96小时以上。因酗酒或药物滥用导致的深度昏迷不在补助范围内。

18、双耳失聪。指因疾病或意外伤害导致双耳听力永久不可逆性丧失，在500赫兹、1000赫兹和2000赫兹语音频率下，平均听阈大于90分贝，且经纯音听力测试、声导抗检测或听觉诱发电位检测等证实。

19、双目失明。指因疾病或意外伤害导致双眼视力永久不可逆性丧失，双眼中较好眼须满足下列至少一项条件：(1) 眼球缺失或摘除；(2) 矫正视力低于0.02(采用国际标准视力表，如果使用其它视力表应进行换算)；(3) 视野半径小于5度。

20、瘫痪。指因疾病或意外伤害导致两肢或两肢以上肢体机能永久完全丧失。肢体机能永久完全丧失，指疾病确诊180天后或意外伤害发生120天后，每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或不能随意识活动。

21、严重阿尔茨海默病。指因大脑进行性、不可逆性改变导致智能严重衰退或丧失，临床表现为明显的认知能力障碍、

行为异常和社交能力减退，其日常生活必须持续受到他人监护。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，且自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。神经官能症和精神疾病不在补助范围内。

22、严重脑损伤。指因头部遭受机械性外力，引起脑重要部位损伤，导致神经系统永久性的功能障碍。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实。神经系统永久性的功能障碍，指脑损伤120天后，仍遗留下列一种或一种以上障碍：（1）一肢或一肢以上肢体机能完全丧失；（2）语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失；（3）自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

23、严重帕金森病。是一种中枢神经系统的退行性疾病，临床表现为震颤麻痹、共济失调等。须满足下列全部条件：（1）药物治疗无法控制病情；（2）自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。继发性帕金森综合征不在补助范围内。

24、严重Ⅲ度烧伤。指烧伤程度为Ⅲ度，且Ⅲ度烧伤的面积达到全身体表面积的20%或20%以上。体表面积根据《中国新九分法》计算。

25、严重原发性肺动脉高压。指不明原因的肺动脉压力持续性增高，进行性发展而导致的慢性疾病，已经造成永久不可

逆性的体力活动能力受限，达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级IV级，且静息状态下肺动脉平均压超过30mmHg。

26、严重运动神经元病。是一组中枢神经系统运动神经元的进行性变性疾病，包括进行性脊肌萎缩症、进行性延髓麻痹症、原发性侧索硬化症、肌萎缩性侧索硬化症。须满足自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上的条件。

27、语言能力丧失。指因疾病或意外伤害导致完全丧失语言能力，经过积极治疗至少10个月（声带完全切除不受此时间限制），仍无法通过现有医疗手段恢复。精神心理因素所致的语言能力丧失不在补助范围内。

28、严重的 I 型糖尿病。指由于胰岛素分泌绝对不足引起的慢性血糖升高，且已经持续性地依赖外源性胰岛素维持180天以上。须经血胰岛素测定、血C肽测定或尿C肽测定，结果异常，并由内分泌科专科医生明确诊断。并须满足下述至少1个条件：（1）已出现增殖性视网膜病变；（2）须植入心脏起搏器治疗心脏病；（3）因坏疽需切除至少一个脚趾。

29、侵蚀性葡萄胎（或称恶性葡萄胎）。指异常增生的绒毛组织浸润性生长侵入子宫肌层或转移至其他器官或组织的葡萄胎，并已经进行化疗或手术治疗的。该类疾病补助仅限于女性。

30、系统性红斑狼疮并发重度的肾功能损害。指一种自身免疫性结缔组织病，于体内有大量致病性自身抗体和免疫复合

物，造成组织损伤。系统性红斑狼疮的诊断必须经专科医生明确诊断，并须同时满足下列条件：（1）临床表现至少具备下列条件中的4个：①蝶形红斑或盘形红斑；②光敏感；③口鼻腔黏膜溃疡；④非畸形性关节炎或多关节痛；⑤胸膜炎或心包炎；⑥神经系统损伤（癫痫或精神症状）；⑦血象异常（白细胞小于4000/ $\mu\text{l}$ 或血小板小于100000/ $\mu\text{l}$ 或溶血性贫血）。（2）检测结果至少具备下列条件中的2个：①抗dsDNA抗体阳性；②抗Sm抗体阳性；③抗核抗体阳性；④皮肤狼疮带试验（非病损部位）或肾活检阳性；⑤C3低于正常值。

31、严重的原发性心肌病。指不明原因引起的一类心肌病变，包括原发性扩张型心肌病、原发性肥厚型心肌病及原发性限制型心肌病三种，病变必须已造成事实上心室功能障碍而出现明显的心功能衰竭（指按照美国纽约心脏协会心功能分类标准心功能达四级），且有相关住院医疗记录显示四级心功能衰竭状态持续至少180天。继发于全身性疾病或其它器官系统疾病造成的心肌病变不在补助范围内。

32、严重的II型糖尿病。指由于长期慢性血糖升高，且已经持续性地依赖外源性胰岛素维持180天以上。须经血胰岛素测定、血C肽测定或尿C肽测定，结果异常，并由内分泌科专科医生明确诊断。并须满足下述至少1个条件：（1）已出现增殖性视网膜病变；（2）须植入心脏起搏器治疗心脏病；（3）因坏疽需切除至少一个脚趾。

33、持续昏迷状态（持续植物状态）。指因疾病或颅脑外

伤导致长期意识障碍，机体仅保留一些本能性的神经反射及进行物质代谢的能力。其认知能力（包括对自我存在的认知）完全丧失，无任何主动活动。疾病确诊或脑外伤8个月后，并满足下列5种条件：（1）随意运动丧失；（2）不具有意识、感知、思维能力；（3）无主动饮食能力；（4）大小便失禁；（5）脑电图呈平坦，或出现静息电位，或呈杂散波形等。

34、地中海贫血（重型），黄疸、肝脾肿大进行性加重，血红蛋白30g/L—60g/L。A型血友病（重型）：血浆中FVIII活性<1%，皮下、肌肉及关节等部位的反复出血，关节内血肿畸形伴肾脏出血导致血尿、胃肠道出血、腹腔内出血。

附件3

## 福建省总工会本级第六期职工医疗互助 活动团体报名表

单位编号:

|               |    |                  |                           |       |              |
|---------------|----|------------------|---------------------------|-------|--------------|
| 工会名称<br>(盖章)  |    |                  |                           | 单位性质  |              |
| 工会主席姓名        |    |                  |                           | 联系电话  | 办公室:<br>手 机: |
| 工作人员姓名        |    |                  |                           | 联系电话  | 办公室:<br>手 机: |
| 在职职工<br>总人数   |    | 参加人数             |                           |       | 参加活动<br>人数比例 |
| 交款人数          |    | 交款标准<br>(100元/人) |                           | 交款总金额 | 小写:<br>大写:   |
| 以下由省职工服务中心填写  |    |                  |                           |       |              |
| 交款时间          |    | 生效期              | 自 年 月 日零时起<br>至 年 月 日24时止 |       |              |
| 省职工服务<br>审核意见 | 初核 | 复核               | 签批                        |       |              |
|               |    |                  |                           |       |              |

说明: 1.此表应填写完整,字迹清晰;

2.单位编号由职工服务中心统一填写;

3.交表时须附上Excel格式电子版(福建工会网站<http://www.fj12351.cn/>文献资料,下载空表)。

4.此表可用A4纸复印。



附件5

## 福建省总工会本级第六期职工医疗互助活动 补助金申请表

单位编号：      工会名称（盖章）：      职工医疗互助补助编号：      年      号

|   |  |             |                |                  |  |             |  |
|---|--|-------------|----------------|------------------|--|-------------|--|
| 申<br>请<br>人<br>情<br>况                               | 姓名：                      性别：                      年龄：                      身份证号： |             |                |                  |  |             |  |
|   | 就诊医院：  |             | 疾病诊断：          |                  |  |             |  |
|   | 本次住院时间：  |             |                |                  |  |             |  |
|   | 住址：  |             | 联系电话：          |                  |  |             |  |
|   | 申请人户名：<br>银行帐号：<br>开户行名称：  |             |                |                  |  |             |  |
| 所在<br>工会<br>意见                                      | 工会主席（签章）：  |             | 工会<br>工作<br>人员 | 姓名：<br><br>联系电话： |  |             |  |
| <b>以下由省职工服务中心填写</b>                                 |  |             |                |                  |  |             |  |
| 医疗费用总<br>额  |  | 医保费用<br>小 计 |                | 基金支付<br>合计       |  | 住院净自<br>付费用 |  |
| 本次<br>补助<br>金额                                      | 住院净自<br>付补助金   | 特定疾病<br>补助金 |                | 重大疾病<br>补助金      |  | 死亡<br>慰问金   |  |
| 合计（大写）：      万      仟      佰      拾      元（¥      ） |  |             |                |                  |  |             |  |
| 初 核   | 复 核（医学审核）  |             |                |                  |  | 会 计 审 核     |  |
|   |  |             |                |                  |  | 中心主任审批      |  |
|   |  |             |                |                  |  |             |  |



附件6

## 福建省总工会职工大病补助申请表

单位编号：      申请单位(工会公章)：      大病补助编号：      年      号

|                       |  |  |   |  |                                 |   |   |
|-----------------------|--|--|---|--|---------------------------------|---|---|
| 申<br>请<br>人<br>情<br>况 | 姓名：                  性别：                  年龄：                  身份证号： |  |   |  |                                 |   |   |
|                       | 医院（等级）：  |  |   |  |                                 |   |   |
|                       | 家庭住址：  |  |   |  | 联系电话：                           |   |   |
|                       | 申请人银行帐号：   |  |   |  | 开户行名称：                          |   |   |
| 所在<br>工会<br>意见        | 工会主席（签章）：  |  |   |  |                                 |   |   |
| 以下由省职工服务中心填写          |  |  |   |  |                                 |   |   |
| 已补助金额                 |  | 万      仟      佰      拾      元（¥                          ） |   |  |                                 |   |   |
| 住    院<br>总费用         | 住院医<br>保目<br>录内<br>费    用  | 住院医<br>保目<br>录内<br>统<br>筹支<br>付                            | 住    院<br>医<br>保<br>目<br>录<br>内<br>个<br>人<br>自<br>付<br>费<br>用 | 职<br>工<br>医<br>疗<br>互<br>助<br>累<br>计<br>补<br>助<br>金<br>额 | 累<br>计<br>净<br>自<br>付<br>金<br>额 | 省<br>总<br>工<br>会<br>已<br>补<br>助<br>金<br>额 | 农<br>民<br>工<br>、<br>环<br>卫<br>工<br>人<br>上<br>浮<br>30% |
| 元                     | 元  | 元  | 元   | 元  | 元                               | 元   | 元   |
| 本次补助金额                |  | 万      仟      佰      拾      元（¥                          ） |   |  |                                 |   |   |
| 初核                    | 复核   |  |   | 会计审核   |                                 | 审批  |   |
|                       |  |  |   |  |                                 |   |   |