

网上办 就近办 马上办

福州市职工基本医疗保险政策问答

(2025 年 8 月)

一、福州市职工基本医疗保险制度覆盖范围是什么？

福州市行政辖区内所有用人单位及其职工、无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工医保的非全日制从业人员及其他灵活就业人员。

二、用人单位办理医疗保险登记时限规定及注意事项？

用人单位应当在登记管理机关办理登记时，向当地医保经办机构同步办理医疗保险登记。用人单位应当自用工之日起三十日内为其职工向医保经办机构申请办理医疗保险登记。

用人单位的医疗保险登记事项发生变更或者用人单位依法终止的，应当自变更或者终止之日起三十日内，到医保经办机构办理变更或者注销医疗保险登记。

提醒：用人单位与劳动者约定或者劳动者向用人单位承诺无需缴纳职工医保费的，**均无效**；用人单位依法补缴社保费后，可请求返还已支付劳动者的社保费补偿款。

三、企业提供虚假材料为不符合条件的人员办理职工医保需承担什么后果？

参保单位不得出具虚假的劳动关系（包括挂靠、代办）、财务会 计报表等证明材料，为不符合条件的人员参保或者骗保提供便利。以欺诈、伪造证明材料等手段骗取医疗保障待遇的，属于刑法第二百六十六条规定的诈骗公私财物的行为，需依法承担法律责任。

四、职工医保缴费基数和缴费比例如何规定？

1. 用人单位按其职工月工资总额的8%缴纳基本医疗保险费；职工按其月工资总额的2%缴纳基本医疗保险费，由用人单位从其工资中代扣代缴。职工医保的缴费基数，不得低于全省全口径城镇单位就业人员月平均工资的60%，最高不超过全省全口径城镇单位就业人员月平均工资的300%。工资总额难以确定的，以全省全口径城镇单位就业人员月平均工资为基数缴纳基本医疗保险费。

2. 灵活就业人员以全省全口径城镇单位就业人员月平均工资的60%为缴费基数，按10%比例由个人缴纳基本医疗保险费。

3. 2025年7月1日—2026年6月30日：职工医疗保险月缴费基数最低不得低于4433元，最高不超过22164元；灵活就业人员参加职工医保月缴费金额为**443.3元**；退休人员达不到规定的职工医保缴费年限，月补缴金额为**443.3元**。

五、参保单位如何缴纳职工医保费？

2023年12月1日起，职工医疗保险费（含生育保险费）由用人单位自行向税务部门申报缴纳，参保单位应于每月的月底前自行向税务部门申报确认应缴费金额并及时缴纳，职工个人缴费部分由用人单位代扣代缴。参保单位应按足额申报缴纳职工医保费，未按时缴费将影响职工医保待遇结算，欠费超过3个月的，暂停单位职工医保待遇。

六、以灵活就业人员身份参加福州市职工医保的参保对象有哪些？

在法定劳动年龄内，(1)已参加福州市职工医保与用人单位解除劳动关系的人员；(2)福州市行政辖区内无雇工个体工商户；(3)福州市行政辖区内**具有**福州市城乡户籍的灵活就业人员；(4)福州市居住证（有效期）持有人员。可按属地管理原则，参加当地的职工医保。

七、灵活就业人员参加职工医保的渠道有哪些？

线上渠道：登录微信或支付宝“福建医疗保障”小程序、闽政通APP、e福州APP，选择“医保服务”，查找“灵活就业参保登记”，按照指引如实填写并上传身份证、户口簿或居住证照片（本统筹区原参保人员续保的免提交），由属地医保经办机构审核办理。线下渠道：各医保经办机构窗口及乡镇（街道）便民服务中心、合作银行“医保e站”等医保基层服务点。

八、灵活就业人员如何缴纳职工医保费？

2023 年 12 月 1 日起，灵活就业人员应自行向税务部门申报缴纳职工基本医疗保险费。可通过福建税务 APP、“福建税务”微信公众号，以及闽政通 APP、办税服务厅、自助办税终端等渠道，向税务部门办理缴费基数确认、缴费等业务。采用批扣方式缴费的灵活就业人员，税务部门将按月发起批扣缴费工作。

2024 年起全省统一按月（或多月）缴费，每年度 1 至 6 月，可申报当年度上半年医保费，每年度 7 至 12 月，可申报当年度下半年医保费。

九、受刑事处罚人员基本医疗保险关系如何规定？

参保人员在监狱服刑期间，不缴纳基本医疗保险费，不计算缴费年限，停止享受基本医疗保险待遇，停止职工医保个人账户划拨、使用以及医疗费用医保结算（个人账户予以保留，储存额照常计息）。

十、职工医保参保人员在达到法定退休年龄后，办理医保在职转退休手续应满足什么条件才可继续享受职工医保待遇？

参保人员达到法定退休年龄时（与养老金领取时间无关），应及时申报医保在职转退休手续，其累计缴费年限（含视同缴费年限和外统筹区转入实际缴费年限）须达到 25 年（含）以上，且在本统筹区实际缴费年限满 10 年的，**方可享受退休人员职工基本医疗保险待遇。**

参保人员办理医保在职转退休手续时缴费年限不足的，按申报办理医保关系在职转退休手续时全省全口径城镇单位就业人员月平均工资 60%为基数，按 10%的缴费比例一次性补足后，**方可享受退休人员职工基本医疗保险待遇**，补缴的医疗保险费并入统筹基金，只计算缴费年限，不划入个人账户。

十一、参保单位欠缴医保费或关闭、改制等原因终止，是否会影响已办理医保在职转退休手续的退休人员享受

职工医保待遇？

不影响。已符合条件且按规定办理医保在职转退休手续的退休人员，医保实行社会化管理，继续享受**退休人员职工基本医疗保险待遇**。

十二、职工视同基本医疗保险缴费年限有何规定？

参保人员原在国家机关、事业单位、国有（含国有控股）企业、城镇集体企业等符合国家省市视同缴费年限规定的累计工龄，可计算为职工基本医疗保险缴费年限。军人服役年限或参加军人退役医疗保险的年限（包括实施职工基本医疗保险制度后），可以视同职工基本医疗保险缴费年限。

十三、新参加职工医保参保人员享受待遇等待期如何规定？

职工连续参保(含视同缴费年限、外统筹区转入的实际缴费年限)不满3个月的，由统筹基金支付的医保待遇按统筹区正常参保缴费人员的50%执行。连续参保时间满3个月以上的，按正常参保人员享受医保待遇。参加城乡居民医保的缴费时间与职工医保参保时间是连续的，可一并计算为医疗保险连续参保时间。

十四、参保人员中断职工医保关系,如何接续及享受医疗保险待遇？

- 1.职工医疗保险和生育保险执行统一的中断补缴、等待期和相应待遇政策规定，应保持连续，不得随意中断。
- 2.灵活就业人员未按时足额缴纳职工医保费的（即为中断缴费），暂停其享受统筹基金支付的基本医疗保险待遇。中断缴费超过3个月的，视为自动停止职工医保关系，在重新申请续保缴费后，才可恢复职工医保关系。
- 3.职工医保参保人员因各种原因中断医保关系，中断前后实际缴费年限合并计算,医保待遇按下列办法处理：（1）中断时间不超过3个月（含）的，按上年度我省全口径城镇单位平均工资的60%为基数补缴，中断缴费期间发生的医疗费用医保统筹基金按规定予以支付。（2）中断时间超过3个月的，可选择放弃补缴，中断前的职工医保缴费年限在退休时予以累计计算。中断参保期间不享受职工医保和生育保险待遇。重新接续参保时，愿意补缴的，在一次性补缴后3个月内，按正常参保缴费人员待遇的50%支付；不愿意补缴的，在重新参保缴费6个月内，按正常参保缴费人员待遇的50%支付。

十五、基本医疗保险基金可用于支付哪些医疗费用？

基本医疗保险基金由统筹基金和个人账户两部分构成。基本医疗保险基金支付的医疗费用必须符合基本医疗保险用药范围、诊疗项目范围、医疗服务设施标准范围、门诊特殊病种和治疗项目目录范围相应的管理规定。超出规定范围的药品、诊疗项目、医疗服务设施标准、病种和治疗项目的费用，基本医疗保险基金不予支付。

参保人员必须持社会保障卡或凭医保电子凭证就医购药，实行“一站式”结算。

十六、参加职工医保可以享受哪些医保待遇？

1.个人账户划拨；2.普通门诊医疗费用统筹基金支付；3.门诊特殊病种医疗费用统筹基金支付；4.住院医疗费用统筹基金支付；5.在职工基本医保待遇基础上，享受职工大额医疗费用补充保险待遇；6.符合医疗救助条件的，对基本医保、大病保险等支付后个人医疗费用负担仍然较重的救助对象按规定实施救助。

十七、职工医保费每月按什么标准划入个人账户？

2024年4月起，在职职工按本人月缴费工资的2%划入个人账户，每月应缴医保费到账后划入；退休人员按福州市2023年基本养老金平均水平的2.5%（即4280元/月×2.5%=107元/月）定额划入。

十八、职工医保个人账户的资金使用范围？

1.支付参保人员在定点医疗机构门诊和住院发生的、由个人承担的医疗费用（美容、健美、非功能性整容、矫形手术以及各种减肥、增胖、增高等非疾病治疗类除外）；2.在定点零售药店结算购买药品（准字号药品、中药饮片）、医疗器械（食药监械字、药监械字）、消毒用品（卫消字）费用；3.在我市健康体检定点医疗机构支付参保人员健康体检费用；4.购买与职工医保相衔接的商业健康保险产品；5.支付参保人员在定点医疗机构发生的预防性免疫疫苗费用，包括所有的二类疫苗；6.划拨家庭共济账户资金；7.代扣代缴长期护理保险费：在职职工（含灵活就业人员）个人负担部分按本人职工基本医保缴费基数0.125%缴纳，从个人医保账户中代扣代缴；退休人员以平均养老金为缴费基数，缴费比例0.125%，从个人医保账户中代扣代缴（即4280元/月×0.125%=5.35元/月）。

十九、家庭共济账户如何创建、划拨及医保钱包使用规定？

省内共济：处于有效参保状态的我市职工医保参保对象，个人账户余额超过2000元的，可申请创建家庭共济账户，可添加本人及其配偶、父母、子女、兄弟姐妹、祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女等近亲属，建立家庭共济关系。可通过“福建医疗保障”小程序、闽政通APP等公共服务平台办理，并以医保电子凭证作为唯一业务认证标识。

家庭共济账户户主及账户成员就医、购药等合规费用，先由医保个人账户资金支付，若医保个人账户余额不足，再由家庭共济账户资金支付。支付家庭共济账户资金的先后顺序，默认与添加家庭共济账户成员的顺序一致。

省外共济（医保钱包）：医保钱包是国家医保部门为参保人开通的专属“资金账户”，与个人医保码相关联。职工参保人可通过医保钱包转账功能，将医保个人账户资金转账至近亲属的医保钱包中（不受险种限制），用于就医购药结算，实现近亲属之间（含跨省）职工医保个人账户共济使用。

共济参保人和被共济参保人在跨省共济前需各自激活医保钱包，医保钱包开通、转账、支付，需在“国家医保服务平台”APP【医保钱包】专区办理。共济人医保个人账户（医保钱包）资金一经国家共济中心确认转出，不可撤销。省内（外）跨统筹区医保关系转移人员，在申请跨统筹区转移成功后，需自行登录国家医保服务平台APP，通过“医保钱包转账申请”，申请将原参保地的医保钱包转账至新参保地。

二十、职工医保普通门诊统筹基金支付规定是什么？

1.年度内参保人员在定点医疗机构普通门诊符合基本医疗保险目录范围内的医疗费用，按以下标准支付：

起付线 600 元及以下 (2024 年 4 月 1 日起, 普 门、特门起付线合并计算)	600 元以上—3 万元 (含) 以下			
由个人账户支付, 个人账 户不足时, 由现金支付。	普通门诊统筹基金支付比例			
	医疗机构等级	三级医疗机构	二级医疗机构	一级及以下 医疗机构
	在职	78%	83%	88%
	退休	83%	88%	93%

2.在定点公立社区卫生服务中心（站）、乡镇（街道）卫生院门诊使用目录内国家基本药物的药品费用取消起付线，由统筹基金按规定比例支付（不计入门诊统筹起付线累计）。

二十一、门诊特殊病种治疗项目需在哪些医院认定？
高血压病、糖尿病由乡镇卫生院及以上级别医院；苯丙酮尿症由省妇幼保健院；重性精神病由定点精神病专科医院；帕金森病由三级定点医院；门诊危重病抢救的病种由各级医疗机构；其余门诊特殊病种由二级及以上定点医院，相关科室主治及以上医师认定。

二十二、门诊特殊病种和治疗项目如何进行备案登记？
参保人提出申请，经有资质认定的定点医院具备相应专科主治及以上职称的医生，填写《门诊慢特病病种待遇认定申请表》，定点医院审核盖章。

1.线上备案：参保人员可通过[微信或支付宝“福建医疗保障”小程序](#)，在“业务经办-门诊慢特病病种申请”模块上传申请表，并填报申请信息向医保经办机构申请登记备案，也可通过福建医保服务平台、闽政通 APP、e 福州 APP 等渠道在线办理。

2.线下备案：参保人员携申请表向医保经办机构、医保驻医院服务站窗口申请登记备案。
3.智能申报：为便利参保人办事，福建省上线高血压、糖尿病、恶性肿瘤化学治疗和放射治疗 3 个门特病种实行智能申报，医生上传规范诊断编码，[参保人登录“福建医疗保障”小程序“门诊慢特病病种申请”模块可触发提醒，在线确认即可。](#)

二十三、职工医保门诊特殊病种的种类及待遇支付规定是什么？

序号	门诊特殊病种(29 种)	年度最高支付限额	起付线	支付比例	
				医疗机构	社区
1	高血压病、糖尿病	6000 元	600 元 (其中社区卫生服务中心、乡镇卫生院、村卫生所等符合条件的基层医疗机构取消起付线)	在职 85% 退休 90%	在职 90% 退休 94%
2	恶性肿瘤化学治疗和放射治疗、重症尿毒症门诊透析治疗、结核病规范治疗、器官移植抗排异反应治疗、精神分裂症、门诊危重病抢救、再生障碍性贫血、慢性心功能衰竭、系统性红斑狼疮、慢性阻塞性肺疾病（含慢性支气管炎）、血友病、重症肌无力、强直性脊柱炎、白内障门诊手术治疗、重性精神病人、癫痫病、支气管哮喘、苯丙酮尿症、慢性病毒性肝炎（乙型、丙型活动期）、脑卒中及后遗症、类风湿关节炎、慢性肾炎、甲状腺功能亢进、冠状动脉粥样硬化性心脏病、帕金森病、肝硬化（失代偿期）、新冠肺炎出院患者门诊康复治疗	12 万元			
备注：1.最高支付限额包括起付标准、医保目录内个人负担部分。2.门诊特殊病种的起付线与普通门诊统筹起付线合并统一，参保人员有两个以上门诊特殊病种按一个起付标准计算。3.序号 1 特殊病种超过最高支付限额、12 万元以内的医疗费用，不享受大额医疗费用补充保险待遇。4.参保人员通过医疗机构处方流转，在符合条件的定点零售药店购买的省药采平台有效挂网的门诊特殊病种医保目录内药品，由医保统筹基金按规定报销，享受出具处方定点医疗机构同等医保待遇。					

二十四、部分医保药品实行单列门诊统筹支付的医保待遇标准？
实行单列门诊统筹支付医保药品范围：适用于在门诊使用、使用周期较长或规范治疗年度总费用较高、适应症为我省现行统一发布的门诊特殊病种未覆盖的治疗用药。职工医保参保人员在定点医疗机构门诊发生的单列门诊统筹支付的医保药品费用，由基本医疗保险统筹基金和参保人员共同负担，不设起付线，报销比例为 80%，支付额度计入当地职工医保年度最高支付限额，共用封顶线。

二十五、职工医保住院统筹基金支付规定是什么？			
1.按项目收费统筹基金支付规定			年度内统 筹基金最 高支付限 额
三级定点医疗 机构	二级、一级定 点医疗机构	社区医疗服务机 构（社区卫生服 务中心、乡镇卫 生院）	

800 元		600 元		300 元		
年度内多次住院的在二甲及以上医疗机构逐次递减 240 元，二乙以下医疗机构逐次递减 200 元，直至降为零。						12 万元
住院统筹基金支付比例						
医疗机构等级	三甲	三乙	二甲	二乙	一级	社区医疗服务机构
在职职工	87%	88%	89%	90%	92%	94%
退休人员	92%	93%	94%	95%	96%	97%

2.按病种收付费管理的病种支付规定

在定点医疗机构发生的列入按病种收付费管理的病种费用，医保按照该病种收费标准结算，不设起付线，由个人和统筹基金按比例分担。
省属医院按以下标准结算：

医保待遇 参保对象	省属 A 档医院 (省立医院及南院、协和医院、附一医院、联勤保障部队第九〇〇医院、省肿瘤医院、省妇幼保健院、省人民医院、省第二人民医院)		省属 B 档医院 (其他省属医院)	
	统筹支付比例	个人负担比例	统筹支付比例	个人负担比例
在职人员	73%	27%	78%	22%
退休人员	78%	22%	83%	17%

市属医院按以下标准结算：

医保待遇 参保对象	三级公立医院		二级公立医院		一级公立医院	
	统筹支付比例	个人负担比例	统筹支付比例	个人负担比例	统筹支付比例	个人负担比例
在职人员	78%	22%	83%	17%	88%	12%
退休人员	83%	17%	88%	12%	93%	7%

二十六、家庭医生签约后医保待遇有何优惠规定？

参保人员办理家庭医生签约后，在签约的基层医疗卫生机构就诊时,享受在原有普通门诊或特殊病种门诊医保报销比例基础上提高 5 个百分点，及在医联体内转诊住院取消二次起付线的优惠政策。

二十七、职工大额医疗费用补充保险待遇是什么？

职工医保大额医疗费用补充保险是解决基本医保统筹基金最高支付限额以上的医疗费用，补充保险费由统筹基金支付，赔付范围：职工医保统筹基金最高支付限额（12 万元）以上、50 万元（含）以下，符合医保目录内住院和门诊特殊病种医疗费用，理赔比例 90%，实行“一站式”结算。

二十八、符合医疗救助条件的职工医保参保人员可以享受那些待遇？

分类	对象	门诊特殊病种及住院救助		
		起付标准 (元)	救助比例	封顶线 (元)
第一类	特困供养人员、孤儿（含事实无人抚养儿童）	0	90%	44249
第二类	县以上地方政府相关部门认定的重点优抚对象、革命“五老”人员、计划生育特殊家庭成员、重度残疾人		70%	
第三类	最低生活保障对象、纳入乡村振兴部门监测的农村易返贫致贫人员、脱贫（享受政策）人员			
第四类	最低生活保障边缘家庭成员	4424.9	60%	
第五类	因病致贫重病患者	11062.25	50%	
备注：符合医疗救助条件的，对基本医保、大病保险等支付后个人医疗费用负担仍然较重的救助对象按规定实施救助。救助费用主要覆盖救助对象在定点医药机构发生的住院费用、因慢性病需长期服药或患重大疾病需长期门诊治疗的费用。				

二十九、因系统停机、急救等原因未刷卡结算的医疗费用需提供哪些材料办理报销？

1.住院：医院收费票据、住院费用清单、出院记录或诊断证明（上述材料需加盖医院公章）、有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡、本人银行账号（除农行外，其他银行提供开户行网点名称）；2.门诊：医药机构收费票据、门诊急诊费用清单（上述材料需加盖医药机构公章）、处方底方或门诊病历、有效身份证件或医保电子凭证或社会保

障卡、本人银行账号（除农行外，其他银行提供开户行网点名称）。

持电子收费票据和电子费用清单的可通过福建医保服务平台、“福建医疗保障”微信小程序、闽政通 APP 和 e 福州 APP 的医保服务模块中“医疗费用报销申请”功能在线办理。

