

阳江市人民政府文件

阳府〔2015〕45号

阳江市人民政府关于印发《阳江市 职工生育保险办法》的通知

各县（市、区）人民政府，市府直属各单位：

《阳江市职工生育保险办法》已经市政府六届三十六次常务会议审议通过，现印发给你们，请认真贯彻执行。执行过程中遇到的问题，请径向市人力资源社会保障局反映。



阳江市职工生育保险办法

第一章 总 则

第一条 为使职工在生育和施行计划生育手术期间得到基本的医疗和生活保障，均衡用人单位生育费用负担，促进公平就业，根据《广东省职工生育保险规定》等有关规定，结合本市实际，制定本办法。

第二条 本市行政区域内的国家机关、企业、事业单位、社会团体、民办非企业单位、基金会、律师事务所、会计师事务所等组织和有雇工的个体工商户（以下统称用人单位）及其全部职工和雇工（以下统称职工）参加生育保险，适用本办法。

第三条 用人单位及其职工按照属地管理原则在用人单位注册登记地参加生育保险。用人单位为国家机关、人民团体的，在单位所在地参加生育保险。

中央驻本市单位、省属单位及其职工，有非军籍职工的军队、武警部队所属用人单位及其非军籍职工，在本单位参加职工基本医疗保险所在地参加生育保险。

第四条 市人力资源社会保障行政部门负责本市的生育保险管理工作。

社会保险经办机构具体承办生育保险登记、生育保险费核

定、个人权益记录、生育保险待遇支付等生育保险事务，负责提供生育保险业务咨询、查询等服务。

市财政、地税、卫生计生、审计等有关部门按照各自职责做好有关的生育保险工作。

第五条 生育保险费由社会保险费征收机构负责征收。

第六条 生育保险基金及其收益、生育保险待遇按照国家规定不计征税费。

第七条 生育保险基金实行全市统筹，纳入财政专户管理。实行统一的生育保险政策，统一的生育保险缴费标准及待遇计发标准，统一的业务经办管理服务流程。

第二章 生育保险基金

第八条 生育保险基金按照以支定收、收支平衡的原则筹集和使用，实行总额控制，按病种付费。

第九条 生育保险基金由下列资金构成：

- (一) 生育保险费；
- (二) 生育保险基金的利息；
- (三) 滞纳金；
- (四) 财政补贴；
- (五) 依法纳入生育保险基金的其他资金。

第十条 生育保险费由用人单位按照本单位上月职工工资总额的 0.7% 按月缴纳，用人单位无上月职工工资的，以本单位

本月职工工资总额为基数计算，职工个人不缴纳生育保险费。生育保险缴费比例可根据实际情况作出相应调整。

用人单位上月职工工资总额超过本市上年度在岗职工月平均工资的3倍乘以本单位职工人数之积的，按照本市上年度在岗职工月平均工资的3倍乘以本单位职工人数之积计算。

第十一条 生育保险基金应当存入社会保障基金财政专户并实行预算管理，单独建账，分账核算，专款专用，不得挪作他用。

存入银行的生育保险基金参照城镇职工基本医疗保险基金计息办法计息。

第三章 生育保险待遇

第十二条 用人单位已经按时足额缴纳生育保险费的，其职工享受生育保险待遇；职工未就业配偶享受生育医疗费用待遇，不享受生育津贴待遇。所需资金从生育保险基金中支付。

生育保险待遇包括生育医疗费用和生育津贴。

第十三条 职工享受的生育医疗费用包括生育的医疗费用（下称孕产费用）和施行计划生育手术的医疗费用（下称计生费用）。

（一）孕产费用包括：

1. 产前检查费用。产前检查项目分为常规项目和备查项目。常规项目指协议医疗机构应当为参保人提供的基本医疗服务项

目；备查项目指协议医疗机构根据参保人具体情况建议检查的项目。

常规项目范围：产检、尿常规、血常规、血型、血糖、肝功能、肾功能、乙肝表面抗原、梅毒血清学检测、HIV 筛查、B 超、胎心监测、心电图。

备查项目范围：15-20 周妊娠中期非整倍体母体血清学筛查、丙型肝炎抗体测定、血红蛋白电泳试验、抗 D 滴度检查（RH 阴性者）、阴道分泌物检查、甲状腺功能筛查、宫颈脱落细胞学检查、宫颈分泌物检测淋球菌、宫颈分泌物检测沙眼衣原体。

2. 分娩住院费用。职工分娩住院期间（含怀孕满 28 周以上的引产住院）的接生费、手术费、住院费、药费及诊治妊娠合并症、并发症等符合规定范围的医疗费用。

（二）计生费用包括以下项目产生的医疗费用：

1. 放置（取出）宫内节育器；
2. 流产术（自然流产、药物流产按流产术支付）；
3. 引产术（怀孕满 28 周以上的按住院分娩支付）；
4. 输精管结扎术；
5. 输卵管结扎术；
6. 输精管复通术；
7. 输卵管复通术。

第十四条 从生育保险金基金中支付生育医疗费用，应当符合国家 and 省规定的生育保险药品目录和基本医疗保险诊疗项目、

医疗服务设施标准。

第十五条 下列医疗费用不纳入生育保险基金支付范围：

- (一) 因医疗事故发生的应当由医疗机构承担的费用；
- (二) 应当由公共卫生或者计划生育技术服务项目负担的费用；
- (三) 应当由基本医疗保险基金或者工伤保险基金支付的费用；
- (四) 在国外或者港澳台地区发生的医疗费用；
- (五) 法律、法规、规章规定不应当由生育保险基金支付的其他医疗费用。

第十六条 职工在本市生育定点医疗机构发生符合本办法规定的生育医疗费用，由生育保险基金支付，个人不自付。

第十七条 职工应当享受的生育津贴，按照职工生育或者施行计划生育手术时用人单位上年度职工月平均工资除以 30 再乘以规定的假期天数计发。

用人单位上年度职工月平均工资，按照社会保险经办机构核定的本单位上一自然年度参保职工各月工资总额之和除以其各月参保职工数之和确定。用人单位无上年度职工月平均工资的，生育津贴以本单位本年度职工月平均工资为基数计算。

第十八条 职工享受生育津贴的假期天数，按照下列规定计算：

- (一) 女职工生育享受产假：顺产的，98 天；难产的，增

加 30 天；生育多胞胎的，每多生育 1 个婴儿，增加 15 天；怀孕未满 4 个月流产的，15 天；怀孕满 4 个月流产的，42 天。

（二）享受计划生育手术休假：取出宫内节育器的，1 天；放置宫内节育器的，2 天；施行输卵管结扎的，21 天；施行输精管结扎的，7 天；施行输卵管或者输精管复通手术的，14 天。同时施行两种节育手术的，合并计算假期。

不符合前款规定的假期期间，包括职工依照计划生育法律、法规规定享受奖励增加的产假或者看护假期间，由用人单位按照规定发放工资，职工不享受生育津贴。

第十九条 生育津贴从分娩或施行计划生育手术之日起按照规定的假期计发。

第二十条 职工按照规定享受产假或者计划生育手术休假期间，其生育津贴由用人单位按照职工原工资标准逐月垫付，再由社会保险经办机构按照规定拨付给用人单位。

职工已享受生育津贴的，视同用人单位已经支付其相应数额的工资。生育津贴高于职工原工资标准的，用人单位应当将生育津贴余额支付给职工；生育津贴低于职工原工资标准的，差额部分由用人单位补足。

职工依法享受的生育津贴，按规定免征个人所得税。

本条所称职工原工资标准，是指职工依法享受产假或者计划生育手术休假前 12 个月的月平均工资。职工依法享受假期前参加工作未满 12 个月的，按其实际参加工作的月份数计算。

第二十一条 职工失业前已参加生育保险的，其在领取失业保险金期间发生符合本办法的生育医疗费用，从生育保险基金中支付。

第二十二条 职工达到法定退休年龄后发生符合本办法的生育医疗费用，从生育保险基金中支付。

第二十三条 职工未就业配偶已享受城乡居民基本医疗保险生育待遇或本办法第二十一条规定的待遇的，不再享受生育医疗费用待遇。

第四章 生育保险管理监督

第二十四条 生育保险实行定点医疗服务，按审批权限，由社会保险行政部门在职工基本医疗保险定点医疗机构内确定生育保险定点医疗机构。社会保险经办机构应当与生育保险定点医疗机构签订服务协议，并将全部已签订服务协议的生育保险定点医疗机构名单向社会公布。申报我市生育保险定点医疗机构应符合下列条件之一：

（一）具备本市社会基本医疗保险定点医疗机构资格，且取得《母婴保健技术服务执业许可证》；

（二）具备本市社会基本医疗保险定点医疗机构资格，且取得《计划生育技术服务机构执业许可证》。

第二十五条 职工应在本市生育保险定点医疗机构产前检查、住院分娩或施行计划生育手术。

第二十六条 累计参加生育保险满1年的职工生育的,应当事先在生育保险定点医疗机构范围内选定1间作为产前检查和分娩的医疗机构,并向选定的生育保险定点医疗机构申请办理就医确认手续。材料齐全且符合条件的,定点医疗机构应当即时予以办理确认手续,并在7日内将相关材料及相关情况报送社会保险经办机构。

职工因急诊、抢救、医疗条件限制、住所变化等特殊事由确需变更产前检查和分娩的医疗机构的,应当持原就医确认凭证和变更事由的相关凭证向社会保险经办机构申请办理变更手续,其产前检查费用在结算额度以内的部分据实支付给医疗机构,剩余结算额度包干给个人使用。除上述原因外,孕期内不得变更医疗机构。

选定前的产前检查费用及在非选定机构发生的产前检查费用,生育保险基金不予支付。

第二十七条 申请办理就医确认手续,应当提供以下材料:

- (一) 就医确认申请表;
- (二) 医院诊断妊娠证明;
- (三) 社会保障卡等参保凭证;
- (四) 享受待遇人员的身份证明;
- (五) 符合计划生育规定的证明。

符合本办法第二十一条、第二十二条规定的人员和职工未就业配偶办理就医确认的,除提供上述材料外,失业人员需提供失

业金领取证明；退休人员需提供退休证；职工未就业配偶需提供结婚证明及其配偶身份证、其配偶的失业登记证明或户籍所在地居（村）委会提供的未就业证明、其配偶户籍所在社会保险经办机构提供的未享有生育保障的证明。

第二十八条 累计参加生育保险满 1 年的职工已办理就医确认手续并且在就医确认的定点医疗机构检查生育的，符合规定的生育医疗费用由社会保险经办机构与定点医疗机构按照定额标准直接结算，个人不用负担。

前款职工在分娩住院期间因诊治妊娠合并症、并发症需要，可以按照规定转至本市内其他职工基本医疗保险定点医疗机构就医，所需医疗费用按基本医疗保险有关规定进行结算。

第二十九条 累计参加生育保险满 1 年的职工未办理就医确认手续而在市内定点医疗机构生育，或者已办理就医确认手续但在市内非确认定点医疗机构生育的，其生育的医疗费用先由职工个人支付，待分娩后 1 年内，可到参保地社会保险经办机构申请报销，符合规定的生育医疗费用按实际报销，最高不超过本市相同级别定点医疗机构定额标准的 80%。报销时应当提供如下材料：

- （一）享受生育保险待遇申请表；
- （二）享受待遇人员的身份证明及参保凭证；
- （三）婴儿出生或者死亡证明；
- （四）相关医疗费用明细、票据；

(五) 符合计划生育规定的证明。

累计参加生育保险满 1 年的职工因急诊、抢救而在本市定点医疗机构生育的,可补办变更手续,待遇按第二十八条规定执行。

累计参加生育保险满 1 年的职工因急诊、抢救而在市内非定点医疗机构或市外医疗机构生育的,其生育的医疗费用由职工个人支付,待分娩后 1 年内,凭本条第一款规定的材料和相关医疗机构诊断证明向参保地社会保险经办机构申请报销。社会保险经办机构审核后,参照本市相同级别的定点医疗机构的定额标准结算,从生育保险基金中支付,超出部分不予支付。

累计参加生育保险满 1 年的职工非因急诊、抢救而在市内非定点医疗机构或市外医疗机构生育的,其生育的医疗费用由职工个人支付,待分娩后 1 年内,凭本条第一款规定的材料和相关医疗机构诊断证明向参保地社会保险经办机构申请拨付一次性生育保险医疗费用补贴,补贴标准为本市相同级别定点医疗机构定额标准的 50%。

第三十条 累计参加生育保险满 1 年的职工在本市内定点医疗机构施行计划生育手术,手术费用由定点医疗机构按定额标准直接结算。

累计参加生育保险满 1 年的职工,因急诊、抢救而在本市内非定点医疗机构、市外医疗机构施行计划生育手术的,其计划生育的医疗费用先由职工个人支付,待手术后 1 年内,可到参保地社会保险经办机构申请报销,符合规定的医疗费用按实际报销,

最高不超过市内相同级别定点医疗机构定额标准。报销时应当提供如下材料：

- (一) 享受生育保险待遇申请表；
- (二) 享受待遇人员的身份证明及参保凭证；
- (三) 相关医疗机构诊断证明；
- (四) 医疗费用明细和票据。

累计参加生育保险满 1 年的职工非因急诊、抢救而在本市内非定点医疗机构或者市外医疗机构施行计划生育手术的，按照前款规定的程序、材料报销计划生育的医疗费用，最高不超过本市相同级别医疗机构定额标准的 50%。

第三十一条 累计参加生育保险未满 1 年的职工生育或者施行计划生育手术的，其生育医疗费用（市内定点医疗机构按定额收取）先由职工个人支付，待其累计参加生育保险满 12 个月后的 1 年内，凭本办法第二十九条或者第三十条规定的相应材料和下列材料向参保地社会保险经办机构申请报销：

(一) 劳动合同或者用人单位的招录证明。属于劳务派遣的，还需提供劳务派遣协议；

(二) 职工就业期间的工资支付凭证；

(三) 用人单位的营业执照、登记证书或者机构代码证。

符合规定的生育医疗费用按本办法第二十九条、三十条规定的分娩当年相应待遇标准报销。

第三十二条 职工未就业配偶生育或者施行计划生育手术

的，其生育医疗费用支付标准及办法和职工一样。

职工申领其未就业配偶的生育医疗费用，除本办法规定的材料外，还应提供以下材料原件：

(一) 结婚证及其配偶身份证；

(二) 其配偶的失业登记证明或户籍所在地居(村)委会提供的未就业证明；

(三) 其配偶户籍所在社会保险经办机构提供的未享有生育保障的证明。

第三十三条 按照本办法第二十九条至第三十二条规定申请支付生育医疗费用的，社会保险经办机构应当及时审核。符合支付条件的，社会保险经办机构应当在接到申请后 30 日内支付有关费用；不符合支付条件的，应当在 30 日内作出不予支付的书面决定并说明理由和依据。

第三十四条 申领生育津贴时，应当提供以下基本材料：

(一) 产假的生育津贴

1. 享受生育保险待遇申请表；

2. 享受待遇人员的身份证或社会保障卡；

3. 婴儿出生证明或者死亡证明；

4. 符合计划生育规定的证明；

5. 难产、生育多胞胎或者终止妊娠的，还应当提供医疗机构的诊断证明。

(二) 计划生育手术休假的生育津贴

1. 享受生育保险待遇申请表；
2. 享受待遇人员的身份证或社会保障卡；
3. 医疗机构的诊断证明。

第三十五条 职工累计参加生育保险满 1 年并且用人单位已向其垫付生育津贴的，用人单位可在职工生育或者施行计划生育手术的次月起 1 年内向参保地社会保险经办机构申请拨付生育津贴。

用人单位申请拨付职工生育津贴，除应当提供本办法第三十四条规定的材料外，还要提供用人单位垫付生育津贴的凭证。

第三十六条 累计参加生育保险未满 1 年的职工生育或者施行计划生育手术的，用人单位可在为职工累计缴纳生育保险费满 12 个月并向职工垫付生育津贴后 1 年内，向参保地社会保险经办机构申请拨付生育津贴。

按照前款规定申请拨付生育津贴的，除应当相应提供本办法第三十四条规定的材料外，还应当提供用人单位垫付生育津贴的凭证、相关劳动合同、劳务派遣协议或者用人单位的招录证明，职工就业期间的工资支付凭证，用人单位的营业执照、登记证书或者机构代码证。

第三十七条 职工按照规定享受产假或者计划生育手术休假期间，用人单位因被吊销营业执照、责令关闭、撤销等客观原因或者无正当理由未垫付生育津贴的，职工本人可以在产假或者计划生育手术休假结束后 1 年内，直接向参保地社会保险经办机

构申请拨付生育津贴，代为申领的，代领人应提供其本人身份证及享受待遇人员授权委托书。

按照前款规定申请拨付生育津贴的，应当相应提供本办法第三十四条规定的材料，以及相关劳动合同、劳务派遣协议或者用人单位的招录证明、用人单位未垫付生育津贴的证明材料。

第三十八条 符合生育津贴支付条件的，社会保险经办机构应当在接到拨付申请之日起 30 日内拨付，并将拨付情况及时告知享受待遇的职工；不符合支付条件的，应当在 30 日内作出不予拨付的书面决定并说明理由和依据。

第三十九条 负责计划生育工作的部门或者机构应当按照规定出具计划生育证明。

第四十条 职工在本省行政区域内跨统筹地区参加生育保险的，其缴费时间累计计算。社会保险经办机构应当为有需要的职工出具缴费凭证。

职工和职工未就业配偶在职工最后参保地按照规定享受生育保险待遇或者生育医疗费用待遇。

第四十一条 各有关单位和职工本人应当如实反映与生育保险有关的情况，并对所提供材料的真实性负责。

职工、用人单位、医疗机构及其他有关单位、人员隐瞒事实真相、出具伪证或者以其他不正当手段参加生育保险、骗取生育保险待遇的，社会保险行政部门、社会保险经办机构、社会保险费征收机构应当记录在案，按照规定将有关人员或者单位的违法

信息及时纳入相关信用信息数据库,并通过新闻媒体或者本单位门户网站予以公开。

第四十二条 社会保险行政部门、财政部门、审计机关应当按照各自职责,对生育保险基金的收支、管理和投资运营情况实施监督。

社会保险经办机构、社会保险费征收机构应当及时核查用人单位申报、缴纳生育保险费的信息,监督用人单位依法参加生育保险。

对申请享受生育保险待遇的有关材料,社会保险经办机构应当依法审核,必要时还应当对有关情况进行实地核查。发现有违法情形的,应当及时移送社会保险行政部门依法处理。

第四十三条 用人单位应当按月将缴纳生育保险费的明细情况告知职工本人,接受职工监督。

社会保险经办机构应当定期向社会公布参加生育保险情况以及生育保险基金的收入、支出、结余和收益情况,接受社会监督。

医疗机构、负责计划生育工作的部门或者机构发现有违反生育保险规定的行为的,应当及时将有关情况告知社会保险经办机构。

任何组织或者个人对违反生育保险规定的行为,有权向社会保险行政部门或者其他有关部门、机构举报、投诉。社会保险行政部门或者其他有关部门、机构应当及时依法处理。

第五章 费用支付

第四十四条 本市生育保险基金实行总额控制，生育医疗费用按定额结算的办法进行支付。

第四十五条 社会保险经办机构与生育保险定点医疗机构的生育医疗费用按定额进行结算，分为产前检查额度、分娩住院额度及计生项目额度。

(一) 产前检查额度：初次确定每孕次产前检查结算额度，由市社会保险经办机构以前 2 年实际发生的符合本办法规定的平均每孕次产前检查医疗费用为基数，结合居民消费价格指数等有关因素，与生育定点医疗机构协商后，报市人力资源社会保障行政部门审定后执行。

(二) 分娩住院额度：初次确定的每人住院分娩结算额度，由市社会保险经办机构以本市同级医院前 2 年实际发生的符合本办法规定的平均每人住院分娩医疗费用为基数，结合基金收支情况、居民消费价格指数、剖腹产率等有关因素，与生育定点医疗机构协商后，报市人力资源社会保障行政部门审定后执行。

(三) 计生项目额度：按 7 个项目的平均费用确定定额结算额度。初次确定的每人计生项目结算额度，由市社会保险经办机构以本市同级医疗机构前 2 年该计生项目实际发生的符合本办法规定的平均每人医疗费用为基数，结合基金收支情况、居民消费价格指数等有关因素，与生育定点医疗机构协商后，报市

人力资源社会保障行政部门审定后执行。

第四十六条 生育医疗费用的定额按医疗机构级别确定，原则上同级医疗机构相同，不同级之间级差不低于 10%。

第四十七条 生育医疗费用定额结算额度需调整的，由市社会保险经办机构根据生育保险基金运行情况提出调整意见，报市人力资源社会保障行政部门审定后执行。

第四十八条 生育医疗费用按月结算，年度清算。其中，产前检查费用和计生费用按定额与人次据实结算，分娩住院费用结合当年基金结余包干清算。

第四十九条 生育医疗费用中属个人自费的部分应经参保职工本人或家属签字同意。

第六章 法律责任

第五十条 用人单位未按照规定为职工办理生育保险登记或者未按时足额缴纳生育保险费的，依照《中华人民共和国社会保险法》有关规定处理；造成职工或者职工未就业配偶不能享受生育保险待遇的，由用人单位按照本办法所规定的生育保险待遇标准向职工支付相关费用。

用人单位未足额申报本单位职工工资总额造成职工生育津贴损失的，由用人单位负责赔偿。

第五十一条 以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取生育保险基金支出或者骗取生育保险待遇的，依照《中华人民共和国

社会保险法》有关规定处理。

第五十二条 各级人民政府、有关行政管理部门、社会保险经办机构、社会保险费征收机构及其工作人员未依法履行生育保险工作职责或者在生育保险工作中有违法行为的，依照《中华人民共和国社会保险法》等有关法律法规的规定处理。

第五十三条 用人单位或者个人认为社会保险费征收机构、社会保险经办机构的具体行政行为侵害其生育保险权益的，可以依法申请行政复议或者提起行政诉讼。

个人与用人单位发生生育保险待遇及损失赔偿等方面争议的，按照劳动争议处理的有关规定处理。

第七章 附 则

第五十四条 本办法所规定的就医确认申请表、享受生育保险待遇申请表，由市社会保险经办部门统一格式体例并在其门户网站上公布，供用人单位和职工免费下载使用。

第五十五条 外国人和港澳台地区人员参加生育保险、享受生育保险待遇，按照国家规定执行。

第五十六条 本办法自2015年1月1日起施行，自施行之日起有效期5年。原《阳江市职工生育保险办法》（阳府〔2008〕24号）同时废止。

市政府规范性文件编号：阳府规〔2015〕10号

公开方式：主动公开

抄送：市委各部委办局，市人大办，市政协办，市纪委办，阳江军分区，市中级人民法院，市检察院，阳江职院，江门海关，中央、省驻阳江各单位。

阳江市人民政府办公室综合科

2015年8月18日印发
