苏州市吴江区职工医保个人账户

家庭共济业务宣传

一、办理对象

主账户人：苏州市职工医保参保人员

共济关系家庭成员：江苏省基本医疗保险（包括职工医保和城乡居民医保）参保人员

二、办理条件

1.主账户人职工医保个人账户有结余。

2.主账户人正常享受职工医保待遇。

3.家庭成员为主账户人的配偶、父母、子女，不包括配偶的父母。配偶数量限1，父母数量限2，子女数量不限。

三、办理渠道及流程

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **办理渠道** | | **办理流程** |
| 线上  渠道 | 江苏医保云APP | 1）下载江苏医保云APP完成注册登录；  2）点击“办事大厅-我要办-家庭共济”功能模块；  3）点击“添加家属”，根据提示添加共济使用人（如需添加多人可重复操作）；  4)授权时间可自行选择（开始日期不得早于当前日期，结束日期不得与开始日期重复）；  5)家庭关系采用个人承诺制，仔细阅读《个人承诺书》，确认后签字提交并保存，完成绑定工作；  6）办理完成后，可通过“家庭共济-我授权的亲属”查询绑定记录，同时“解绑”功能也在此界面办理。 |
| 线下  渠道 | 吴江各区镇（街道）便民服务中心 | 若遇特殊情况线上办理不成功或无法办理的，主账户人可持本人及家庭成员有效身份证件（医保电子凭证、身份证或社保卡原件及复印件）、家庭关系承诺书等至吴江各区镇（街道）便民服务中心医保窗口申请办理。 |

四、共济使用

（一）使用规则

家庭成员持本人社会保障卡（或医保电子凭证）就医，在定点医药机构发生的符合个人账户资金使用范围的费用，先使用其本人的个人账户资金支付，个人账户资金不足的部分，以及本人无个人账户的，通过家庭共济的方式支付。

（二）使用范围

1.支付家庭成员在定点医疗机构就医发生的由个人负担的医疗费用；

2.在定点零售药店购买药品、医疗器械、医用耗材发生的由个人负担的费用，并符合国家医保信息业务编码管理相关规定；

3.在定点医疗机构发生的符合国家医保信息业务编码管理的非免疫规划疫苗费用；

4.缴纳家庭成员参加城乡居民医保等的个人缴费部分；

5.以及购买本省及设区市政府指导的、与基本医疗保险相衔接的商业医疗保险产品。

五、注意事项

1.按照自愿原则，可申请设立一个家庭共济关系，将本人个人账户结余资金与其家庭成员共济使用。主账户人设立家庭共济关系时，须提供家庭成员的准确身份信息。

2.主账户人医保待遇正常、家庭成员参保状态正常的情况下方可设立家庭共济关系并正常使用。

3.主账户人和家庭成员只能加入一个家庭共济关系，如需变更家庭共济关系，可在退出后再加入新的家庭共济关系。

4.主账户人因跨统筹地区流动就业等原因转移职工医保关系或其他终止职工医保关系情形的，家庭共济关系相应终止。

5.家庭共济关系发生变化后，因主账户人未及时变更引起的家庭共济资金损失风险的，由主账户人承担。

6.家庭成员必须持本人社会保障卡（或医保电子凭证）就医，对参保人员通过虚构家庭成员关系等情形违规享受家庭共济待遇的，医疗保障部门将立即停止相关当事人家庭共济待遇，追回使用的医保基金，并按照《社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》等法律法规处理。



更多政策资讯及便民服务请关注“吴江医保”微信公众号

单位地址：苏州市吴江区开平路300号

**样表：**

**个人承诺书**

**本人（主账户人\*\*\*）**（身份证号码：\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*）郑重承诺：

一、**使用人1**姓名**\*\*\***（身份证号码：\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*）系本人家庭成员（□配偶 □父母 □子女）；

**使用人2**姓名**\*\*\***（身份证号码：\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*）系本人家庭成员（□配偶 □父母 □子女）；

**使用人3**姓名**\*\*\***（身份证号码：\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*）系本人家庭成员（□配偶 □父母 □子女）。

二、本人自愿将本人职工基本医疗保险个人账户中的结余资金通过个人账户家庭共济的方式，在本人正常享受医保待遇时授权给上述家庭成员按照规定使用。

三、本人对家庭成员发生的符合个人账户资金使用范围的费用，在本人正常享受医保待遇时授权给参保地医保经办机构从我本人个人账户资金中划扣。

四、《苏州市医疗保障局 苏州市财政局关于实施职工基本医疗保险个人账户家庭共济使用有关事项的通知》规定：对参保人员通过虚构家庭成员关系等情形违规享受家庭共济待遇的，医疗保障部门应当立即停止相关当事人家庭共济待遇，追回使用的医保基金，并按照《社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》等法律法规处理。

**本人已充分了解上述规定，如虚构家庭成员关系等情形违规享受家庭共济待遇的，由此产生的一切后果及法律责任由本人承担。**

承诺人：

日 期： 年 月 日