

泉州市医疗保障局南安分局文件

泉医保南安〔2023〕20号

泉州市医疗保障局南安分局关于 调整2023年职工医保缴费上下限基数的通知

各参保单位，灵活就业参保人员：

根据《泉州市医疗保障局关于调整2023年职工医保缴费上下限基数的通知》（泉医保〔2023〕70号）精神，现就调整我市2023年城镇职工基本医疗保险缴费上下限基数有关事项通知如下：

一、2023年我市城镇职工基本医疗保险（含生育保险）缴费基数上限调整为21060元/月，下限调整为4212元/月。

二、灵活就业人员参加城镇职工基本医疗保险的月缴费基数同步调整。

三、职工达到法定退休年龄办理退休时，医保缴费年限（含视同缴费）不足的，补缴基数为4212元/月。

以上从 2023 年 7 月 1 日起执行。

四、各参保单位应按工资总额如实申报并做好资金预算，确保单位扣款账户资金充足，以免影响单位员工正常享受保险待遇。如有人员（含退休人员）新增、调入、调出、死亡、辞职、开除、工资基数变更、职务变更、个人信息变更等情况，应于变动当月在福建医保服务平台申报或到南安市政务服务中心 A4 区医保窗口申报（咨询电话：86395515、86395525）。

- 附件：1. 人员增减变动申报材料
2. 福建医保服务平台操作指南
3. 医疗保障经办政务服务事项参考样表

泉州市医疗保障局南安分局
2023 年 6 月 26 日



信息公开类型：主动公开

抄送：财政局，税务局。

泉州市医疗保障局南安分局

2023 年 6 月 26 日印发

附件 1

人员增减变动申报材料

一、参保单位办理职工医保、生育保险增员

1. 《职工基本医疗保险参保登记表》（一式两份）；
2. 参保人员有效身份证件复印件（一式一份）；
3. 机关事业单位人员另行提供：人事调令、行政介绍信或工资核定表任一人事关系证明材料；

注：通过福建医保服务平台办理的，以上材料不提供，由单位自行留存。

4. 异地转入续保需于增员当月提供原参保地医保和生育《参保凭证》到南安市政务服务中心 A4 区医保中心窗口（或闽政通）办理转移申请；并将异地社保卡停用，以免影响泉州地区社保卡制作；

5. 新增人员由本人携带身份证原件到泉州地区各社保卡制卡合作银行自行制卡，全城通办，免费制卡，立等可取。

二、参保单位办理职工医保、生育保险减员

1. 《基本医疗保险职工参保关系变更登记表》（一式两份）；
2. 如人员死亡，需提供死亡证明、火化证、注明死亡日期的户口注销证明材料、单位出具的死亡证明的任一材料（一式一份）。

注：通过福建医保服务平台办理，以上材料不提供，由单位自行留存。

三、参保单位办理职工医保、生育保险退休

1. 《基本医疗保险职工参保关系变更登记表》（一式两份）；
2. 机关事业单位提供退休批复文件及退休呈批表原件及复印

件；批复或呈批表中对用工身份、参加工作时间、工作年限未明确表述的，需提供退休人员个人档案原件及复印件；

3. 企业如社保已经退休的，需提供《基本养老金领取资格认定表》及《基本养老金计算表》原件及复印件；

4. 如有参军、上山下乡、原机关事业单位或国有集体企业工作经历的，需提供个人档案；已解除劳动关系人员还需提供解除劳动关系协议书（或除名、开除、停薪留职、判刑等其他文件）原件及复印件；

5. 办理退休后，如有人员死亡或养老金基数变更的，需通过福建医保服务平台同步申报变更；

6. 未能及时办理退休，需提供《基本医疗保险职工参保关系变更登记表》（一式两份），退休暂停承诺书（一式一份）。

四、参保单位变更在职或退休人员缴费基数申报

1. 《基本医疗保险职工参保信息变更登记表》（一式两份）；

2. 退休人员缴费基数变更提供养老金发放表等；

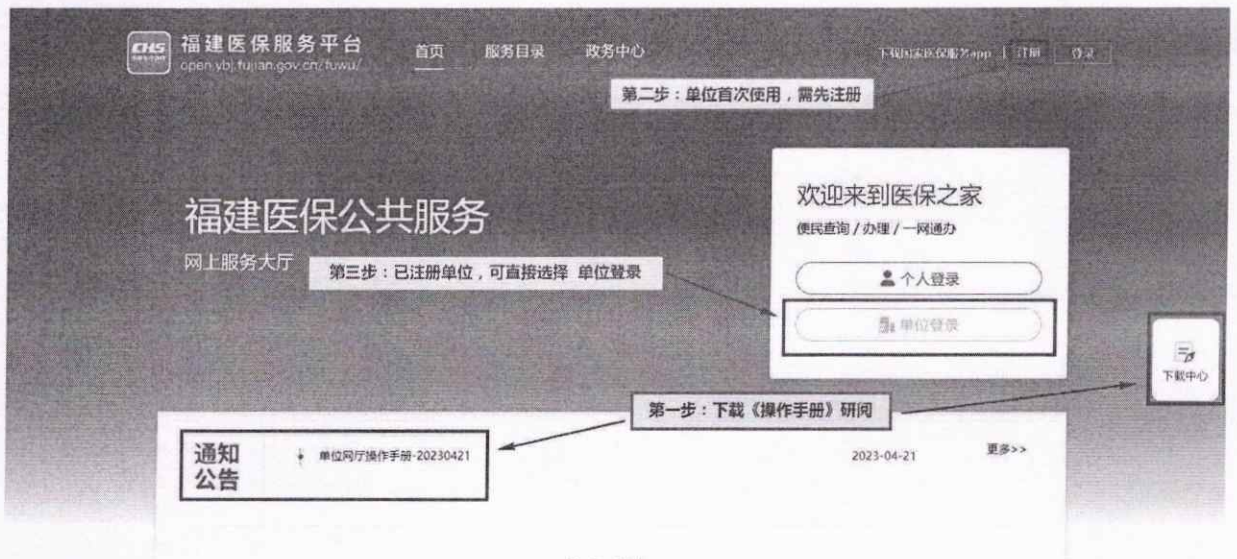
注：通过福建医保服务平台办理，以上材料不提供，由单位自行留存。

注：以上复印件都需要加盖单位公章。空表格[泉州医疗保障]微信公众号或福建医保服务平台均可下载。

附件 2

福建医保服务平台操作指南

1. 参保单位打开浏览器，输入网址：
<https://open.ybj.fujian.gov.cn/fuwu/>，登入福建医保服务平台。
2. 在首页下载《操作手册》，首次登录先注册并授权经办人，授权后点击【单位登录】。



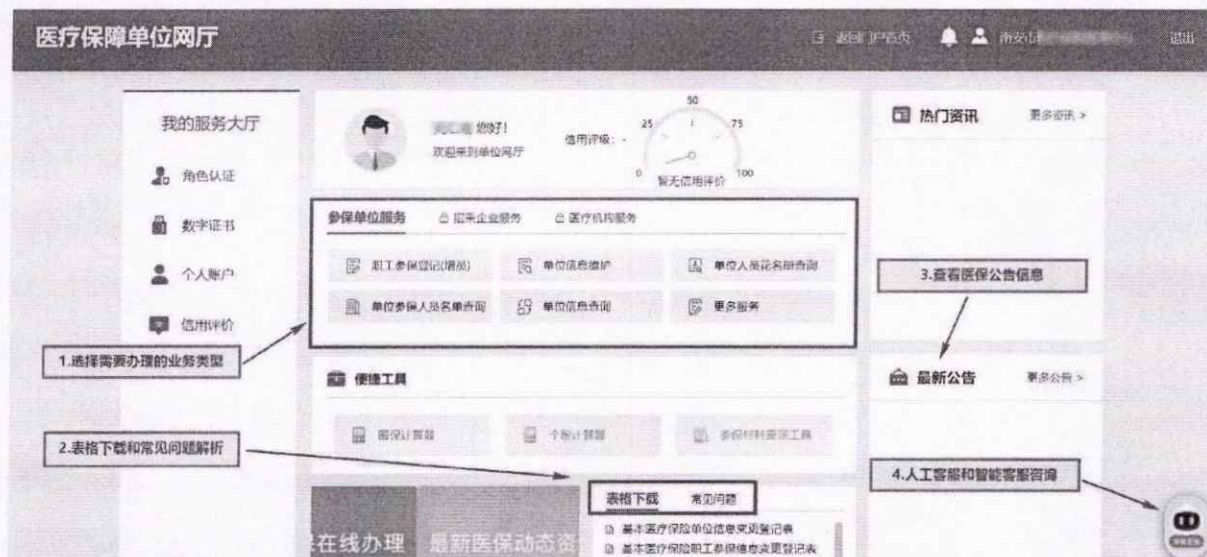
3. 选择【经办人角色】，通过“国家医保服务平台”APP，扫码登入。



4. 点击【进入单位网厅】进入服务大厅。



5. 根据业务需要, 选择需要办理或查询的业务。



附件3

福建省医疗保障经办政务服务事项 参考样表

表1：基本医疗保险单位参保信息登记表

单位名称(公章)：			
统一社会信用代码：			
申请日期：			
申请参保医疗经办机构：_____医疗保障基金中心			
单位地址		邮 编	
单位类型	<input type="checkbox"/> 普通企业 <input type="checkbox"/> 国有企业 <input type="checkbox"/> 城镇集体企业 <input type="checkbox"/> 外商投资企业 <input type="checkbox"/> 机关 <input type="checkbox"/> 财政核拨事业单位 <input type="checkbox"/> 财政定额补助事业单位 <input type="checkbox"/> 经费自给事业单位 <input type="checkbox"/> 社会团体 <input type="checkbox"/> 民办非企业单位 <input type="checkbox"/> 其他		
法定代表人或负责人	姓名：	电话	
	身份证号码：		
单位经办人员	姓名：	电话	
	身份证号码：		
参保险种	<input type="checkbox"/> 医疗保险 <input type="checkbox"/> 生育保险 <input type="checkbox"/> 职工大额医疗费用补助 <input type="checkbox"/> 其他（_____）		
人 员 分 类		人 数	
在 职 职 工			
退 休 人 员			
机关事业单位、社会团体及国有企业填报以下信息			
批准成立信息	批准单位：		
	批准日期：	批准文号：	
主管部门或总机构名称			
隶属关系	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 中央属 <input type="checkbox"/> 省属 <input type="checkbox"/> 市属 <input type="checkbox"/> 县（区）属		
医疗保险经办机构审核意见（盖章）：			

表2：基本医疗保险单位注销登记表

单位名称：（公章）

申报日期：

医保单位编号：			
注销原因		对应项打“√”	备注
	注销营业执照	（ ）	
	吊销营业执照	（ ）	
	破产（关闭）	（ ）	
	兼（合）并	（ ）	
	分 立	（ ）	
	解 散	（ ）	
	撤 销	（ ）	
	批准或宣布终止	（ ）	
	迁往本统筹外	（ ）	
	其他原因	（ ）	
	说 明		
单位经办人		联系手机	
医疗保险经办机构审核意见（盖章）：			

表3：基本医疗保险单位变更登记表

单位名称：（公章）

填表日期：

医保单位编号：		
变更事项	对应项打“√”	变更后事项
单位名称	（ ）	
住所（地址）	（ ）	
单位类型	（ ）	
法定代表人	姓名	（ ）
	证件号码	（ ）
	联系电话	（ ）
单位经办 人员	姓名	（ ）
	证件号码	（ ）
	联系电话	（ ）
统一信用代码	（ ）	
其他	（ ）	
备注		
医疗保险经办机构审核意见（盖章）：		

表4:职工基本医疗保险参保登记表

用人单位或代理单位全称:

医保单位编号: _____

申报日期:

身份证号码														
姓名					户口性质	<input type="checkbox"/> 城镇 <input type="checkbox"/> 农村								
出生日期	年 月 日				性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女								
民族					参加工作时间	年 月								
通讯地址					邮政编码									
手机号码					月工资总额									
登记险种:	<input type="checkbox"/> 医疗保险 <input type="checkbox"/> 生育保险 <input type="checkbox"/> 职工大额医疗费用补助 <input type="checkbox"/> 其他 (_____)													
补缴申请	补缴险种		补缴工资基数		补缴起始时间:			补缴截止时间:						
	基本医疗保险				年 月			年 月						
	生育保险				年 月			年 月						
本次参保日期			年 月			参保身份								
备注														
参保人员签章:			用人或代理单位:				医保中心:							
签字(盖章)			签字(盖章)				签字(盖章)							
年 月 日			年 月 日				年 月 日							
参保人意见	<input type="checkbox"/> 中断超过3个月补缴	本人自愿申请补缴____年____月至____年____月中断期间的职工基本医疗保险费,并执行下述等待期待遇政策。												
	<input type="checkbox"/> 中断超过3个月不补缴	本人不愿补缴中断缴费年限医保费,并从____年____月开始续保,并执行下述等待期待遇政策。												

职工基本医疗保险、生育保险参保登记注意事项:

- 1、职工基本医保中断缴费期间参加当地城乡居民医保等其他国家规定医疗保障方式的,再次申请参加职工基本医保时可以免于补缴中断缴费期间的医保费,参加当地城乡居民医保的年限不作为职工基本医保累计缴费年限。
- 2、职工医保新参保或转移接续参保人员,参保申请当月缴费的医疗保险关系当月生效,申请次月缴费的医疗保险关系次月生效,申请补缴当月之前保费的,原则上医疗保险关系仅从当月生效。
- 3、职工医保关系转移接续前中断缴费3个月(含)以内,申请补缴中断期间保费的,医疗保险关系生效时间可往前追溯至上一个基本医保关系生效开始时间。
- 4、职工医保关系中断3个月(不含)以上,补缴中断期间职工医保费的参保人员和新参保的参保人员,从职工基本医疗保险关系生效当月开始设置3个月待遇享受等待期,等待期内按连续参保人员职工医保待遇的50%享受。职工医保关系转移接续前中断缴费且不补缴中断期间职工医保费的参保人员,从职工基本医疗保险关系生效当月开始设置6个月待遇享受等待期,等待期内按连续参保人员职工医保待遇的50%享受。
- 5、单位职工医保参保人申请补缴当月(含当月)之前保费的,医保经办机构统一按上年度我省全口径城镇单位平均工资的60%为基数补缴职工医保、生育保险,医保经办机构经办的其他险种或补充保险原则上不补缴。补缴基数低于参保人在用人单位工资的,用人单位应自行申请差额补缴申报。
- 6、参保人员办理退休时,累计缴费年限(含视同缴费年限)满25年,在本统筹区实际缴费年限满10年。

本人已认真阅读上述事项,了解并愿意按相关政策申请参保。

(内容由本人亲笔填写)

参保人(签字):

年 月 日

表5: 基本医疗保险职工参保关系变更登记表

申报单位（盖章）：

医保单位编号：

单位经办人：

联系电话：

申报时间：

序号	姓名	身份证号码	申报工资	变更类别				备注
				减员	终止参保	在职转退休	退休暂停	
1								
2								
3								
4								
5								
6								

医疗保险经办机构
审核意见（盖章）：

表6:基本医疗保险职工参保信息变更登记表

申报单位(盖章):

医保单位编号:

单位经办人:

联系电话:

申报时间:

关键信息变更(身份证号码、姓名、缴费基数变更等)

非关键信息变更(手机号码、家庭住址等)

序号	姓名	身份证号码	变更事项	变更前	变更后	变更年月	备注
1							
2							
3							
4							
5							
6							

医疗保险经办机构审核意见(盖章):

承诺书 5：职工在职转退休告知承诺书

_____医疗保障基金中心告知：您现正在办理职工在职转退休（退休暂停）业务。根据《关于进一步完善我省职工基本医疗保险有关政策的通知》（闽人社文〔2013〕41号）参保人员职工基本医疗保险关系中断时间超过3个月，中断缴费期间发生的医疗费用医保统筹基金不予支付。您需要承诺有关情况才能申请职工在职转退休（退休暂停）业务。违反承诺本除可能给您正常享受职工医疗保险、生育保险待遇带来不利影响外，还将给您今后的社会信用生活带来不利影响。

申请人承诺：现向_____医疗保障基金中心申请办理职工在职转退休（退休暂停）业务。本人已于本月达到国家法定退休年龄，因申请办理医保退休的材料未能及时备齐，特申请办理在职转退休（退休暂停）业务，并承诺退休暂停缴费次月起三个月内及时办妥医保正式退休。本人知悉逾期未按承诺正式办理职工医保退休手续将导致本人职工医保统筹基金支付待遇被冻结，冻结期间发生的医疗费用全部由本人自理。

申请人：_____（加盖手印）

身份证号码：_____

承诺日期：_____

表10：基本医疗保险关系转移接续申请表

(此表由申请人或代办人填写)

参保人员信息			
姓名	性别	年龄	
社会保障号	联系电话		
户籍地址	户籍类型 ^①		<input type="checkbox"/> 居民 <input type="checkbox"/> 农业 <input type="checkbox"/> 非农业 <input type="checkbox"/> 港澳台 <input type="checkbox"/> 外籍
联系地址	邮政编码		
现参加的基本医疗保险类型 <input type="checkbox"/> 职工医保 <input type="checkbox"/> 城乡居民基本医保 <input type="checkbox"/> 其他 (请说明)			
转出地社会保险经办机构信息			
机构名称	联系电话	行政区划代码 ^②	
机构地址	邮政编码		
申请人员信息 (若参保人办理, 则不需填写)			
姓名	公民身份证号码	与参保人关系	联系电话
联系地址	邮政编码		

申请人 (签字) :

申请时间: 年 月 日