|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **生活困难的参保人退休后继续缴纳医疗保险费申请表** | | | | | | | | |
| 姓名 | | |  | 居民身份证号码 |  | | 退休时间 |  |
| 月基本养老金 | | |  | 应补缴月数 |  | | 联系电话 |  |
| 家庭地址 | | |  |  |  | |  |  |
| 本人申请按照《关于生活困难的参保人退休后继续缴纳城镇职工基本医疗保险费的通知》济人社发【2013】122号文件规定参照灵活就业人员参保，以本市上年度在岗职工月平均工资的5.5% 缴费，并同时缴纳门诊统筹费和大额医疗救助金，缴费期间不建立个人账户。自足额缴费的次月起享受在职职工的基本医疗保险待遇。 | | | | | | | | |
|  | | | 申请人： |  |  | 年 月 日 | | |
| 申请人管理单位  初审意见 | | |  | 拟认定申请人为第( )类情况。 | | | |  |
|  |  |  | 经办人： | |  |
|  |  |  | 年 月 日 | | |
|  | 社保局  审核意见 |  |  |  |  |  | | |
|  |  |  | 经办人： | |  |
|  |  |  |  | 年 月 日 | | |
|  | | | | | | | |  |
| 1、申请条件（符合以下类型之一）： | | | | | | | | |
| ①所在家庭享受本市城市最低生活保障的； | | | | | | | | |
| ②申请时，本人月基本养老金低于本市城市最低生活保障金1.5倍的； | | | | | | | | |
| ③已办理恶性肿瘤的治疗、尿毒症患者的透析治疗、器官移植患者的抗排异治疗、精神病等四种门诊规定病种备案手续的； | | | | | | | | |
| ④持有《中华人民共和国残疾人证》且残疾等级为三级（含）以上的； | | | | | | | |  |
| ⑤抚恤定补优抚对象及军转干部；  2、参保人应保证养老金发放银行账号余额能足额扣缴医疗保险费； | | | | | | | |  |
| 3、本表一式三份。管理单位、市社保局、申请人各一份。 | | | | | | | | |