中国医保　一生守护

沈阳市城镇职工基本医疗保险参保就医指南

参保缴费

按照《中华人民共和国主席令 第三十五号 中华人民共和国社会保险法》以及《沈阳市城镇职工基本医疗保险规定（沈阳市人民政府令第7号）》等文件要求，做好医疗保险经办业务。

参保范围

政策依据：《沈阳市城镇职工基本医疗保险规定》（沈阳市人民政府令第7号）。

凡在我市行政区域内的城镇国有、集体、股份制企业、外商投资、私营企业和机关、事业单位、社会团体、民办非企业单位、个体工商户及其职工、退休人员和在沈阳就业的外籍员工。

经办流程

① **经办时间：**

全月办理（法定节假日除外）。

② **经办流程：**

1.**网上办理：** 单位登录沈阳政务服务网，选择“法人办事”，点击“医保网上服务”进入“国家医疗保障公共服务平台-网上服务大厅”办理参保登记业务。

2.**窗口办理：** 参保单位持相关材料到就近医保分中心办理参保登记业

务。

注意事项：从2024年1月1日起，用人单位在办结当月人员变动业务后自行向税务部门申报缴费。

缴费比例及缴费基数

政策依据：《沈阳市人力资源和社会保障局等四部门 关于生育保险和职工基本医疗保险合并实施试点有关问题的通知》（沈人社发〔2017〕63号）、《关于进一步完善沈阳市职工基本医疗保险筹资政策的通知》（沈医保发〔2024〕28号）。

1 职工应当参加职工基本医疗保险，由用人单位和职工按照国家规定共同缴纳基本医疗保险费。用人单位参加职工基本医疗保险和生育保险的缴费比例之和为8.6%；在职职工缴费比例为2%。用人单位缴费基数为职工个人缴费基数之和；职工个人缴费基数为本人上年度月平均工资收入（新入职职工为入职当月工资）。职工本人工资收入高于上年全市全口径城镇单位就业人员平均工资（以下简称“全口径平均工资”）300%的，以上年全口径平均工资的300%为缴费基数；职工本人工资收入低于上年全口径平均工资60%的，以上年全口径平均工资的60%为缴费基数。

缴费年限

政策依据：《沈阳市人力资源和社会保障局 沈阳市财政局 关于调整沈阳市城镇职工基本医疗保险最低实际缴费年限的通知》（沈人社发〔2016〕17号）、《沈阳市城镇职工基本医疗保险规定》（沈阳市人民政府令第7号）、《关于执行<中华人民共和国社会保险法>有关医疗保险问题的通知》（沈人社发〔2011〕93号）、《关于执行省医保待遇清单职工医保缴费年限的通知》（沈医保发〔2022〕1号）、《关于调整沈阳市城镇职工基本医疗保险最低缴费年限的通知》（沈医保发〔2023〕25号）、《关于进一步完善沈阳市职工基本医疗保险筹资政策的通知》（沈医保发〔2024〕28号）。

1 参保职工缴纳基本医疗保险费的最低年限为满25年，2024年1月1日起达到法定退休年龄的男性参保人员，其职工基本医疗保险费的最低缴费年限（包括视同缴费年限和实际缴费年限）由男满25年逐步调整至男满30

年。调整方式为每年递增1年的方式，至2028年调整为30年，2022年1月1日（含1月1日）以后达到我市职工医保规定退休年龄的职工参保人员，需要缴纳的最低实际缴费年限调整为10年。2002年12月31日前符合国家规定的连续工龄视同缴费年限。缴足最低年限仍未达到法定退休年龄的职工应当继续缴纳基本医疗保险费。用人单位参保人员退休时，未缴足职工医保最低年限的及实际缴费年限的，以上年全口径平均工资为基数，按照6%比例一次性缴足基本医疗保险费，全部纳入统筹基金，自趸缴次月起享受职工医保退休人员待遇；也可以继续按月缴费，享受在职人员医疗保险待遇，待缴足基本医疗保险最低缴费年限和实际缴费年限后，自次月起享受退休人员医疗保险待遇。

②参加沈阳统筹区外职工基本医疗保险的缴费年限计算为我市职工基本医疗保险视同缴费年限，不计入我市职工基本医疗保险实际缴费年限。

待遇起始时间

政策依据：《沈阳市城镇职工基本医疗保险规定》（沈阳市人民政府令第7号）、《沈阳市人力资源和社会保障局等四部门关于生育保险和职工基本医疗保险合并实施试点有关问题的通知》（沈人社发〔2017〕63号）、《关于转发〈关于进一步规范全省基本医疗保险参保筹资和待遇保障政策的通知〉的通知》（沈医保办发〔2025〕48号）。

①用人单位及其职工自缴费的次月起享受基本医疗（生育）保险待遇。

②用人单位未按照规定缴纳基本医疗保险费，医疗保险经办机构从次月起停止该单位参保人员的基本医疗（生育）保险待遇。欠费期间发生的医疗费由单位自行解决。参保单位及职工按规定恢复正常缴费的，次月起恢复其职工医保待遇。

③用人单位参加生育保险并按时缴费的，参保缴费次月起可享受生育医疗费待遇。用人单位女职工参加生育保险且分娩或实施计划生育手术时连续缴费满10个月（含）以上并继续缴费的，可享受生育津贴待遇。

④2026年1月起，用人单位按照国家规定依法办理职工医保参保登记，在统筹区首次参保缴费的，自缴费到账之日起享受职工医保待遇。

个人账户构成及划账比例

政策依据：《关于印发<沈阳市职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施细则>的通知》（沈医保发〔2023〕19号）。

用人单位及其职工缴纳的基本医疗保险费构成基本医疗保险基金，基本医疗保险基金设立统筹基金和个人账户。

从2024年1月1日起，个人账户的构成：

1.在职职工计入标准为本人医保缴费基数的2%；

2.退休人员个人账户由统筹基金按每月80元定额划入；

3.个人账户中的利息。

划入的个人账户资金继续归个人所有，可以结转使用和继承。

个人账户资金使用

政策依据：《关于印发<沈阳市职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施细则>的通知》（沈医保发〔2023〕19号）、《关于开展职工基本医疗保险个人账户省内跨统筹区家庭共济工作的通知》（辽医保〔2024〕30号）。

个人账户资金主要用于支付参保人在定点医药机构发生的政策范围内自付费用。可以用于支付参保人本人及其省内近亲属（配偶、父母、子女、兄弟姐妹、祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女）在参保地定点医疗机构就医发生的由个人负担的医疗费用，以及在参保地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；可以用于支付其近亲属参加城乡居民基本医疗保险等个人缴费；用于国家、省规定的其他支付范围。

大额医疗保险费

政策依据：《关于印发沈阳市城镇职工大额医疗费用补助保险管理办法的通知》（沈医保发〔2019〕151号）、《关于调整沈阳市城镇职工大额医疗费用补助保险费征收方式的通知》（沈医保发〔2022〕10号）、《关于调整沈阳市城镇职工大额医疗费用补助保险有关政策的通知》（沈医保发〔2023〕22号）。

参加城镇职工基本医疗保险的单位及职工，均应同时参加大额补助保险。大额补助保险费按每人每年132元缴纳，其中用人单位缴纳66元，参保人员缴纳66元，在职职工由用人单位代扣代缴，已参保在职人员大额补助保险费按年征收，即每1月份一次性缴足一个年度的大额补助保险费，此后新参保或接续参保的在办理医保缴费时一次性缴足一个年度的大额补助保险费。退休人员2024年起个人缴费标准为24元，每月2元从个人账户扣缴，2025年起应由单位承担部分66元，恢复每年1月份缴纳。大额补助保险年度最高支付限额为50万元。

企事业单位补充医疗保险

政策依据：《沈阳市城镇职工基本医疗保险规定》（沈阳市人民政府令第7号）。

用人单位在参加基本医疗保险和大额医疗费用补助保险的同时，可以建立补充医疗保险。补充医疗保险费在工资总额4%以内的部分，在成本或者费用中列支。

关于补缴

政策依据：《关于参加医疗保险有关问题的通知》（沈人社发〔2010〕127号）、《关于执行<中华人民共和国社会保险法>有关医疗保险问题的通知》（沈人社发〔2011〕93号）、《关于进一步完善沈阳市职工基本医疗保险筹资政策的通知》（沈医保发〔2024〕28号）。

① 2009年6月底前未按规定参加职工基本医疗保险的用人单位，从2009年7月起补缴医疗保险费；用人单位新录用人员、2009年7月后新成立的用人单位，未按规定参保的，从应参保之月起补缴医疗保险费；用人单位参保时瞒报或漏报的人员，从本人应参加医疗保险之月起，由单位、个人补缴医疗保险费。

② 用人单位未按规定办理医疗保险登记的，由医疗保险经办机构核定其应当缴纳的医疗保险费。2011年6月30日之前，以2009年度全市社会平均工资为缴费基数进行补缴；2011年7月1日后，补缴最低缴费基数为欠费当期执行全市社会平均工资（2019年7月1日后执行全市全口径城镇单位就业人员平均工资）。已参保但欠费的用人单位按原核定基数进行补缴。

③ 2025年1月1日及以后，补缴最低缴费基数为欠费当期执行的全口径平均工资60%。2025年1月1日之前，补缴最低缴费基数仍按原规定执行。

个体工商户参加医疗保险问题

政策依据：《关于执行<中华人民共和国社会保险法>有关医疗保险问题的通知》（沈人社发〔2011〕93号）。

有雇工的个体工商户按照用人单位方式参加职工医疗保险。

统筹基金最高支付限额

符合统筹基金支付范围的门诊及住院等医疗费用，年度最高支付限额为15万元。

医疗保险待遇

参保人员需持本人医保码或社会保障卡，可自主选择到定点医疗机构就医。如持社保卡办理住院手续后，医院应将社会保障卡返还本人，并按规定缴纳住院预交金，预交金主要用于支付统筹基金起付标准及个人自付比例部分。出院结算时，应由个人承担部分，由个人账户或现金支付；应由统筹基金支付的部分，由沈阳市医疗保障事务服务中心与定点医疗机构进行结算。

门、急诊待遇

政策依据：《关于印发辽宁省医疗保险异地就医结算管理办法（2022年版）的通知》（辽医保发〔2022〕19号），《关于印发<沈阳市职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施细则>的通知》（沈医保发〔2023〕19号）。

① **急诊：**参保人门(急)诊抢救的，符合基本医疗保险急危重病参考病种及关键标准的，确诊后发生的医保政策范围内医疗费用统筹基金支付比例为70%，其统筹支付费用不计入职工门诊统筹支付限额。

② **门诊慢特病：**

政策依据：《关于规范全省门诊慢特病保障制度的通知》（辽医保发〔2022〕17号）、《关于印发<辽宁省门诊慢特病经办服务规程（试行）

>的通知》（辽医保〔2022〕79号）、《关于完善全省门诊慢特病保障政策的通知》（辽医保发〔2023〕10号）、《关于调整部分门诊慢特病病种认定材料的通知》（辽医保〔2023〕36号）、《沈阳市城镇职工基本医疗保险门诊规定病种管理暂行办法》（沈劳社发〔2009〕4号）、《关于调整城镇职工医保门诊规定病种有关事宜的通知》（沈医保发〔2019〕153号）、《关于调整职工门诊规定病种的通知》（沈医保发〔2020〕31号）、《关于印发沈阳市城镇职工基本医疗保险门诊特殊病管理办法的通知》（沈医保发〔2023〕7号）、《关于完善我市职工基本医保门诊特殊病保障政策的通知》（沈医保发〔2023〕15号）。

1.病种范围：特殊病病种：透析、器官移植术后抗排异治疗、恶性肿瘤（放化疗）、恶性肿瘤（内分泌治疗）、恶性肿瘤（镇痛治疗）、丙型肝炎（基因1b型）、丙型肝炎（非基因1b型）、血友病重型、血友病中型、血友病轻型、严重精神障碍、艾滋病、耐药性结核病。

慢性病病种：重症肌无力、系统性红斑狼疮、银屑病、骨髓增生异常综合征、真性红细胞增多症、白塞氏病、再生障碍性贫血、乙型肝炎、恶性肿瘤（辅助治疗）、类风湿性关节炎、慢性肾脏疾病、帕金森病、慢性心力衰竭、慢性阻塞性肺疾病、多发性肌炎/皮肌炎、心肌梗死、高血压（合并症）、糖尿病（合并症和并发症）、术后抗栓治疗、结核病（普通型）。

2.统筹基金支付比例：特殊病中透析比例为94%，其余病种85%；慢性病病种比例为在职75%，退休85%。

3.认定：患有门诊特殊病病种疾病的参保人员可持本人有效身份证件（社会保障卡或身份证）、与申报病种相关的近期完整病历及相关检查资料到指定医院进行申报，经医院认定专家审核合格后，由市医保中心登记备案给予门诊特殊病待遇。

2024年不再受理门诊慢性病申请，不再开展门诊慢性病认定，门诊医疗费按普通门诊统筹政策报销。

③ **门诊统筹：**

政策依据：沈阳市职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施细则（沈医保发〔2023〕19号）。

参保人在职工门诊统筹定点医疗机构发生的政策范围内的门诊医疗费在起付标准以上、支付标准限额以下由统筹基金按比例支付。

沈阳市城镇职工基本医疗保险门诊统筹医疗费用报销比例一览表

费用发生地	定点医疗机构等级	统筹基金起付标准	统筹基金报销比例		最高支付限额（封顶线）
			在职	退休	
市级统筹范围内	特三级	600元/年	50%	55%	12000元/人/年
	三级	400元/年	55%	60%	
	二级、三级传染病和精神疾病专科医院	200元/年	65%	70%	
	一级及以下	200元/年	70%	75%	

注：1.参保人签约家庭医生，并在签约医疗机构就诊的，职工医保统筹基金支付比例提高10个百分点；

2.已经认定并享受慢性病待遇的参保人，门诊慢性病之外的门诊费用按普通门诊就医、结算，门诊统筹年最高支付限额为 7800 元。

市内住院待遇

政策依据：《沈阳市城镇职工基本医疗保险就医管理暂行办法》（沈劳社发〔2001〕37号）、《关于参加基本医保人员调整个人自付比例的通知》（沈劳社发〔2005〕32号）、《关于调整基本医疗保险住院统筹基金结算标准及增加单病种有关问题的通知》（沈劳社发〔2009〕10号）。

定点医疗机构住院治疗：

沈阳市城镇职工基本医疗保险住院医疗费用报销比例一览表

费用发生地	定点医疗机构等级	统筹基金起付标准(元/次)	统筹基金报销比例		个人自付比例	
			在职	退休	在职	退休
市级统筹范围内	一级	200	94%	97%	6%	3%
	区属二级	300	93%	96%	7%	4%
	市属二级	300	93%	96%	7%	4%
	三级	600	88%	91%	12%	9%
	特大型三级	1200	86%	89%	14%	11%

注：1.统筹基金报销比例不包括乙类药品、乙类诊疗项目和医疗服务设施

项目先行自付部分及丙类药品、丙类诊疗项目和医疗服务设施项目自费部分。

2.统筹基金起付标准指住院时在启动统筹基金前，必须由个人支付的住院医疗费用金额（不含自费和乙类药品及特殊检查、特殊治疗的个人先行支付比例的费用）。1年内多次住院的，起付标准每次递减15%，但最多不得超过2次；精神病、急慢性传染性肝炎、浸润型肺结核、慢性纤维空洞型肺结核、艾滋病不设立统筹基金起付标准；恶性肿瘤患者在一个自然年度内多次住院，每年只需交纳首次住院的统筹基金起付标准。

异地医疗待遇

政策依据：《国家医保局 财政部关于进一步加强异地就医直接结算管理服务的通知》（医保发〔2024〕21号）、《辽宁省医保局 辽宁省财政厅关于继续做好异地就医直接结算管理服务的通知》（辽医保发〔2025〕8号）、《沈阳市医疗保障局 沈阳市财政局关于进一步做好基本医疗保险异地就医结算工作的通知》（沈医保联发〔2022〕8号）、《沈阳市医疗保障局 沈阳市财政局关于调整异地就医医保待遇有关事项的通知》（沈医保发〔2025〕52号）。

异地就医参保人员类别划分：

1 **异地长期居住人员：**原异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员。

2 **临时外出人员：**指除上述情况外，各类临时在异地就医的人员(含原异地转诊、探亲人员)。

异地就医备案办理：

1 **备案途径：**参保人员可使用“沈阳智慧医保”掌上渠道等，办理跨省及省内异地就医备案；或通过“国家医保服务平台”APP、“国家异地就医备案”微信小程序办理跨省异地就医备案；也可在医保中心服务窗口办理。

2 **异地长期居住备案材料及对应有效期：**使用异地户口本或异地房产证备案的，备案长期有效。使用异地居住证备案的，备案终止时间与居住证有效期一致。其中，无终止日期的居住证，备案有效期默认为签发之日起1年，到期需及时提供居住证签注证明，否则自动终止异地长期居住备案。使用单位开具的异地工作证明备案的，备案终止时间与工作证明有效期一致。

③ **异地长期居住人员：**在异地就医时需办理异地长期居住备案，备案生效后6个月内不得变更或取消。

④ **临时外出人员：**在异地就医时采取“即申即享”备案。就医地为参保人员办理医保住院登记同时生成备案信息，参保人员无需自行办理备案。

异地就医待遇：

① **异地医疗机构起付标准和报销比例执行标准：**北京市、天津市、上海市、重庆市等4个直辖市和哈尔滨、长春、济南、青岛、西安、南京、成都、武汉、杭州、宁波、厦门、广州、深圳等13个省外副省级城市的三级甲等及以上定点医疗机构，以及其他地区的三级特等定点医疗机构，执行我市三级特等定点医疗机构的起付标准和报销比例；异地其他三级定点医疗机构、二级及以下定点医疗机构执行我市对应级别定点医疗机构待遇标准。

② **异地长期居住人员双向享受医保待遇：**我市参保人员持本人开通医保功能的社会保障卡或电子医保码等办理异地入院登记和出院结算。按照“先备案，后结算”原则，在异地出院前完成异地长期居住备案的，本次住院按异地长期居住待遇执行。备案有效期内办理入院手续的，无论出院日期是否超出备案有效期，均视为有效备案。异地住院就医，起付标准不享受减免待遇。我市住院就医享受减免起付标准的，累加异地住院就医次数。异地长期居住人员可在备案地一级及以上已开通异地就医直接结算且支持门诊统筹报销的定点医疗机构享受门诊统筹待遇。

③ **临时外出人员异地住院就医待遇：**基本医疗保险统筹基金，以异地医疗机构起付标准和报销比例执行标准为基准，起付线上调至2.5倍，报销比例下调10个百分点。职工大额医疗保险按异地医疗机构起付标准和报销比例执行标准执行，补充险按原政策不变。临时外出就医人员不享受异地职工门诊统筹待遇。

④ **异地就医结算原则：**异地就医直接结算，执行就医地支付范围(包括基本医疗保险药品、医疗服务项目和医用耗材等支付范围)及有关规定;异地就医手工报销，执行参保地支付范围及有关规定;待遇标准、医保定点等报销政策均执行参保地规定。异地就医费用直接结算后，不得因待遇原因办理退费。特殊原因不能直接结算的，由医保中心按照本地目录范围、支付标准受理报销业务。

⑤ **异地急危重病就医及待遇：**我市参保人员在异地发生符合省局19号文附

件《基本医疗保险急危重病异地就医结算参考病种及关键标准》中所列急危重病且发生治疗费用的，可直接结算相关门（急）诊、住院医疗费用，未能直接结算的可持报销要件回我市医保经办机构认定后给予手工报销。**异地长期居住人员**在备案地发生的急危重病门（急）诊抢救医疗费用，按照我市急危重症门（急）诊抢救报销比例执行；在备案地发生的急危重病住院费用，基本医疗保险待遇按照我市相应参保人员类别、异地医疗机构起付标准和报销比例执行标准的规定执行。**临时外出人员**（含异地长期居住人员在备案地以外）发生的急危重病门（急）诊抢救医疗费用，按照我市急危重症门（急）诊抢救报销比例（包括基本医疗保险统筹基金、职工大额医疗保险补偿比例）下调10个百分点；发生的急危重病住院费用，基本医疗保险统筹基金以异地医疗机构起付标准和报销比例执行标准为基准，起付线上调2倍，报销比例不变；职工大额医疗保险按异地医疗机构起付标准和报销比例执行标准执行；起付标准不享受减免待遇。

⑥ **异地门诊慢特病就医及待遇：**具有高血压、糖尿病、透析、恶性肿瘤门诊治疗、器官移植抗排异治疗、慢性阻塞性肺疾病、类风湿关节炎、冠心病、病毒性肝炎、强直性脊柱炎10种门诊慢特病待遇的参保人员，在跨省异地已开通门诊慢特病异地就医直接结算的定点医院，享受门诊慢特病异地就医联网直接结算待遇。具有我省统一门诊慢特病待遇的参保人员，在省内异地已开通门诊慢特病异地就医直接结算的定点医院，享受门诊慢特病异地就医联网直接结算待遇。未能联网结算的可持报销要件回我市医保经办机构认定后给予手工报销。其中，透析等定额管理病种，以我市人均月结算定额作为支付限额管理。门诊慢特病定额管理的病种，对参保人在参保地、就医地执行同一限额管理。

补充医疗保险待遇

政策依据：《关于建立城镇职工补充医疗保险的通知》（沈人社发〔2011〕144号）、《关于完善沈阳市基本医疗保险异地就医相关工作的通知》（沈医保发〔2021〕22号）。

① **保障人群：**参加我市城镇职工基本医疗保险和城镇职工大额医疗费用补助保险，并足额缴纳城镇职工基本保险和大额医疗费用补助保险费的在职职工、灵活就业人员及退休人员。

② **承办单位：**中国人民健康保险股份有限公司沈阳中心支公司具体承办沈

阳市城镇职工补充医疗保险。

③ **补偿范围：**参保人员发生的符合基本医疗保险规定的住院费用、门（急）诊抢救费用，在城镇职工基本医疗保险统筹基金年最高支付限额阶段内，符合基本医疗保险统筹基金支付范围的个人按规定比例自付部分（不含起付标准），超过600元以上（不含600元）的医疗费用。

超过基本医疗保险统筹基金年最高支付限额后享受职工大额医疗费用补助保险待遇的个人自付部分，不在补充医疗保险的报销范围内。

④ **补充医疗保险补偿比例：**

本市就医人员

自付金额（扣除起付标准）	补偿比例
600元（不含600元）—800元	40%
800元（不含800元）—1000元	50%
1000元（不含1000元）—3000元	60%
3000元以上（不含3000元）	70%

临时外出人员

自付金额（扣除起付标准）	补偿比例
600元（不含600元）—800元	10%
800元（不含800元）—1000元	15%
1000元（不含1000元）—3000元	20%
3000元以上（不含3000元）	25%

⑤ **结算方式：**参保人员在本市定点医疗机构发生的符合补充医疗保险支付的医疗费用，直接在定点医疗机构享受补偿待遇。

异地长期居住人员在异地就医时需办理异地备案。异地就医时持本人开通医保功能的社会保障卡、医保码等办理入院登记和出院结算。异地就医直接结算，执行就医地支付范围（包括基本医疗保险药品、医疗服务项目和医用耗材等支付范围）及有关规定；异地就医手工报销，执行参保地支付范围及有关规定；待遇标准、医保定点等报销政策均执行参保地规定。特殊原因不能直接结算的，由市医保中心按照本地目录范围、支付标准受理报销业务。相应补充医疗保险的补偿款由承办商险公司进行支付。

大额医疗保险待遇

政策依据：《关于印发沈阳市城镇职工大额医疗费用补助保险管理办法的通知》（沈医保发〔2019〕151号）、《关于进一步做好基本医疗保险异地就医结算工作的通知》（沈医保联发〔2022〕8号）、《关于调整职工医保门诊特殊病透析有关政策的通知》（沈医保发〔2023〕21号）、《关于调整沈阳市城镇职工大额医疗费用补助保险有关政策的通知》（沈医保发〔2023〕22号）。

1 **保障人群：**参加我市城镇职工基本医疗保险和城镇职工大额医疗费用补助保险，并足额缴纳城镇职工基本保险和大额医疗费用补助保险费的在职职工、灵活就业人员及退休人员。

2 **承办单位：**中国人民健康保险股份有限公司沈阳中心支公司具体承办沈阳市城镇职工大额医疗保险。

3 **补偿范围：**参保人员医疗费用超过基本医疗保险统筹基金年最高支付限额以上的，仍然执行基本医疗保险规定的各等级医院的起付标准、自付比例和乙类药品的自付比例、支付部分费用的诊疗项目的自付比例等规定。

参保人员在本市定点医疗机构就医和异地长期居住人员备案地持卡就医，纳入大额补助保险支付范围费用，按50%降低上述起付标准和各项个人自付比例给予报销（职工基本医疗保险政策规定的部分人造器官和体内置放材料个人自付部分除外）。其他异地就医参保人员类别，按异地就医有关规定执行。

参保人员在定点医疗机构门诊慢特病治疗的，纳入大额补助保险支付范围费用，在职人员透析报销比例为94%，其余病种报销比例为90.5%；退休人员报销比例为95.5%。

生育保险待遇

政策依据：《女职工劳动保护特别规定》（中华人民共和国国务院令第619号）、《辽宁省人口与计划生育条例》（2021年修正版）、《关于进一步完善生育保险政策的指导意见》（辽人社〔2014〕310号）、《关于进一步完善生育保险有关政策的通知》（辽人社〔2017〕186号）、《沈阳市人力资源和社会保障局 沈阳市财政局关于调整城镇职工生育保险

有关政策的通知》（沈人社发〔2013〕22号）、《沈阳市人力资源和社会保障局等四部门关于生育保险和职工基本医疗保险合并实施试点有关问题的通知》（沈人社发〔2017〕63号）、《关于转发<辽宁省医保局 财政厅关于做好生育医疗保障有关工作的通知>的通知》（沈医保发〔2022〕20号）、《关于进一步做好基本医疗保险异地就医结算工作的通知》（沈医保联发〔2022〕8号）、《关于转发<辽宁省医保局 财政厅关于进一步落实积极生育支持措施切实做好生育医疗保障工作的通知>的通知》（沈医保发〔2024〕25号）、《关于进一步完善沈阳市职工基本医疗保险筹资政策的通知》（沈医保发〔2024〕28号）、《关于转发<辽宁省医疗保障局 辽宁省人力资源和社会保障厅 辽宁省卫生健康委员会 辽宁省财政厅关于规范辽宁省辅助生殖类医疗服务价格项目和医保支付政策的通知>的通知》（沈医保发〔2024〕29号）、《辽宁省人力资源和社会保障厅 医疗保障局 财政厅 国家税务总局辽宁省税务局 国家税务总局大连市税务局关于进一步做好领取失业保险金人员参加职工基本医疗保险有关工作的通知》（辽人社函〔2024〕244号）、《关于调整沈阳市生育津贴发放方式的通知》（沈医保发〔2025〕11号）。

① 就医流程

参保人员持本人医保码或社会保障卡及相关资料到我市生育保险定点医疗机构就医。参加生育保险的职工省内异地生育(含计划生育)住院医疗费用可以在省内异地联网的生育保险定点医疗机构直接联网结算，未能联网结算的异地生育（含计划生育）医疗费用由参保人员先行垫付，医疗终结后手工报销。参保人员异地生育(含计划生育)无需办理任何手续，不区分基本医疗保险异地就医备案类别，均按我市生育保险本地就医待遇报销生育(含计划生育)医疗费。

② 生育待遇

1.女职工：（1）在待遇期内分娩、流产、引产、实施计划生育手术可享受生育医疗费待遇。（2）连续缴费满10个月（含）以上并继续缴费（补缴时间不计算，符合政策规定的除外），分娩、流产、引产可享受生育津贴待遇。

2.男职工：（1）符合计划生育政策规定，在待遇期内，其未就业配偶（指未参加基本医疗保险）分娩、妊娠28周及以上引产或死胎的，可享受男职工未就业配偶生育医疗费待遇；（2）符合计划生育政策规定，连续缴

费满10个月（含）以上并继续缴费（补缴时间不计算，符合政策规定的除外），配偶分娩的，可享受男职工护理假工资待遇。

3.参保职工在我市或异地生育保险定点医疗机构计划生育住院的，执行我市基本医疗保险相应等级医疗机构的起付标准和支付比例。

4.2025年1月1日起，参保职工在我市或异地生育保险定点医疗机构住院分娩的，包括生育住院，含怀孕满28周及以上引产、死胎，免除基本医疗保险相应等级医疗机构的起付标准，执行相应等级医疗机构的支付比例。

5.2024年1月1日起，参保职工在我市或异地生育保险定点医疗机构生育（含计划生育）门诊费用纳入门诊统筹支付范围，按照门诊统筹待遇标准报销，不区分基本医疗保险异地就医备案类别。

6.2025年1月1日起，将“取卵术”等8个辅助生殖类医疗服务项目纳入我市基本医疗保险基金支付范围，参保职工在省内“辅助生殖门诊”就诊，不设起付标准，报销比例为60%，最多享受2次。

7.参保职工就医发生的门诊和住院医疗费中需个人负担的费用，可使用医疗保险个人账户支付。

8.参保职工在国外、港澳台发生的医疗费，生育保险基金不予支付。

9.2025年1月1日起，领取失业保险金人员符合生育津贴申领条件的，扣除失业保险金后按照差额发放生育津贴。

10.生育津贴与工资不兼得，产假期间应继续缴费，退休人员不计发生育津贴。

11.2025年7月1日起，生育津贴申请人由单位经办员调整为职工本人或代办人，拨付对象由单位调整为职工本人，一次性拨付调整为按月拨付。

③ 申领流程

政策依据：《关于印发辽宁省医疗保障经办政务服务事项清单的通知》（辽医保〔2024〕4号）。

申领生育津贴（生育或手术日期2025年7月1日及之后的女职工分娩、女职工流产、引产、男职工护理假工资）、男职工未就业配偶生育医疗费及报销未能联网结算的异地生育（含计划生育）及产前检查、辅助生殖门诊医疗费的，本人可以通过“沈阳智慧医保”掌上渠道等线上申领生育津贴及申请异地生育（含计划生育）医疗费报销，参保职工本人或代办人

也可持申领资料至医保中心窗口办理，生育津贴按月发放至参保职工本人的社会保障卡银行账户。生育或手术日期2025年7月1日之前的生育津贴业务由单位经办员办理，津贴一次性拨付到参保单位，再由单位发放给参保职工。

1.女职工妊娠分娩生育津贴所需资料

（1）有效身份证件（社会保障卡需开通金融功能）；

（2）《病历首页》、《手术记录单》或《分娩记录单》、《出院小结》或《出院记录》复印件（加盖病历复印专用章）；

（3）《生育登记单》（能通过数据获取的无需提供，无法提供或政策外生育的，新生儿出生日期在2021年6月1日及之后的，不享受《辽宁省人口与计划生育条例》规定的增加的产假天数，2021年6月1日之前的，不享受生育津贴待遇）。

2.女职工流产、引产生育津贴所需资料

（1）有效身份证件（社会保障卡需开通金融功能）；

（2）门诊就医患者提供《手术记录单》或《药流记录单》，自然流产门诊就医患者提供完整门诊病历及相关辅助检查报告单，住院患者提供《病历首页》、《手术记录单》或《分娩记录单》、《出院小结》或《出院记录》复印件（加盖病历复印专用章）。

3.申领男职工护理假工资所需资料

（1）有效身份证件（社会保障卡需开通金融功能）；

（2）《病历首页》、《手术记录单》或《分娩记录单》、《出院小结》或《出院记录》复印件（加盖病历复印专用章）；

（3）《生育登记单》（能通过数据获取的无需提供）。

4.申领男职工未就业配偶生育医疗费补贴（产前检查补贴）所需资料

（1）有效身份证件（社会保障卡需开通金融功能）；

（2）《医疗费收据》；

（3）《病历首页》、《手术记录单》或《分娩记录单》、《出院小结》或《出院记录》复印件（加盖病历复印专用章）；

（4）《结婚证》（能通过数据获取的无需提供）；

（5）承诺书（本人或代办人填写）。

5.报销妊娠分娩医疗费所需资料

（1）有效身份证件（社会保障卡需开通金融功能）；

（2）《医疗费收据》；

（3）费用清单；

（4）《病历首页》、《入院记录》、《医嘱单》、《手术记录单》或《分娩记录单》、《出院小结》或《出院记录》复印件（加盖病历复印专用章）。

6.报销流产、引产、计划生育手术医疗费所需资料

（1）有效身份证件（社会保障卡需开通金融功能）；

（2）《医疗费收据》；

（3）费用清单；

（4）门诊就医患者提供《手术记录单》或《药流记录单》；自然流产门诊就医患者提供完整门诊病历资料及相关辅助检查报告单；住院患者提供《病历首页》、《入院记录》、《医嘱单》、《手术记录单》或《分娩记录单》、《出院小结》或《出院记录》复印件（加盖病历复印专用章）。

7.报销产前检查、产后检查医疗费所需资料

（1）有效身份证件（社会保障卡需开通金融功能）；

（2）《医疗费收据》；

（3）费用清单；

（4）门诊病历资料。

8.报销辅助生殖门诊医疗费所需资料（限辽宁省内就诊）

（1）有效身份证件（社会保障卡需开通金融功能）；

（2）《医疗费收据》；

（3）费用清单；

（4）门诊病历资料。

注：1.单位经办员办理生育或手术日期2025年7月1日之前的生育津贴业务需提供身份证，核实是否为单位经办员，如非单位经办员办理，需提供《单位授权委托书》，如转至本人社会保障卡，需提供《生育津贴转入社会保障卡申请表》，以上表格可登录沈阳市医疗保障局网站：https://ybj.shenyang.gov.cn“下载中心”下载、打印。

2.参保人本人办理的需提供本人有效身份证件、他人代办的提供代办人有效身份证件。

3.“生育保险”业务自动关联本人社会保障卡银行账户信息，如未

关联成功或参保人要求支付至本人银行卡（非本人社保卡），提供本人银行卡。

沈阳市男职工未就业配偶生育医疗费补贴标准一览表（单位：元）

人员类别	分娩方式		生育住院医疗费补贴标准（含28周及以上引产或死胎）	产检补贴
男职工未就业配偶	正常产	单胎	1500	300
		多胎	1800	
	剖宫产、难产	单胎	2000	
		多胎	2300	
	剖宫产（含多胎）合并手术		2600	

生育津贴计发标准一览表

参保职工	医疗类别	生育津贴标准
	4个月以下流产	15天
	4个月及以上（含4个月）流、引产	42天
	28周及以上（含28周）引产或死胎	42天

女职工	正常产	单胎	158天（新生儿出生日期在2021年6月1日及之后不符合计划生育政策的按照98天计发，2021年6月1日之前的，不享受生育津贴待遇）
		多胎	每多生育一个婴儿增加15天
	剖宫产、难产	单胎	173天（新生儿出生日期在2021年6月1日及之后不符合计划生育政策的按照113天计发，2021年6月1日之前的，不享受生育津贴待遇）
		多胎	每多生育一个婴儿增加15天
男职工	2021年11月26日及之后符合计划生育政策规定生育		20天

沈阳市医疗保障事务服务中心及分中心地址和联系电话

沈阳市医疗保障事务服务中心 皇姑区崇山中路103号。 乘坐116路、205路、299路、地铁十号线“百鸟公园”站下车可到达。 电话：024-12345-1-7 （咨询）、024-22520166 （咨询）	**沈阳市政务服务中心医疗保险经办服务窗口** 受理参保单位、医药机构涉企的医保业务 沈河区市府大路260号。 乘坐115路、209路、214路、215路、244路、247路、265路、293路、295路、地铁2号线至“人民广场”站下车可到达。 电话：024-12345-1-7（咨询）
沈阳市医疗保障事务服务中心和平分中心 受理参保单位、参保个人基本医疗保险、生育保险及长期护理保险相关经办业务 和平区政务服务中心，和平区长白西路51号。 乘坐128路、165路、247路、137路	**沈阳市医疗保障事务服务中心沈河分中心** 受理参保单位、参保个人基本医疗保险、生育保险及长期护理保险相关经办业务 沈河区政务服务中心，沈河区先农坛路13号。 乘坐105路、223路、246路、266

到“万科城西”站下车，或乘坐173路到“长白苑”站下车可到达。 电话：024-31912673	路、274路、297路“翠园小区”站下车可到达。 电话：024-62421719
沈阳市医疗保障事务服务中心 皇姑分中心 受理参保单位、参保个人基本医疗保险、生育保险及长期护理保险相关经办业务 皇姑区政务服务中心，皇姑区金山北路21-8号城建地产大厦。 乘坐205路、162路“皇姑区政务服务中心”站下车可到达。 电话：024-22511960	**沈阳市医疗保障事务服务中心 大东分中心** 受理参保单位、参保个人基本医疗保险、生育保险及长期护理保险相关经办业务 大东区政务服务中心，大东区观泉路102-6号。 乘坐163路、179路、219路“大东区政务服务中心”站下车，也可乘坐151路、151路支线“观泉路沈铁路”站下车可到达。 电话：024-24323380
沈阳市医疗保障事务服务中心 铁西分中心 受理参保单位、参保个人基本医疗保险、生育保险及长期护理保险相关经办业务 铁西区五险合一（人社社保医保）综合服务大厅，铁西区北一西路50号（中国.沈阳人力资源服务产业园）。 乘坐277路、278路、303路、396路到“东药宿舍”站下车；v116路到“北一西路北二路48巷”站下车；267路支线到“沈阳金谷”站下车；235路、241路、241路支线到“重工街北一路”站下车可到达。 电话：024-22511767	**沈阳市医疗保障事务服务中心 铁西分中心张士办理部** 受理参保单位、参保个人基本医疗保险、生育保险及长期护理保险相关经办业务 沈阳经济技术开发区政务服务中心，沈阳经济技术开发区开发十九号路21号中关村创新大厦A座二楼。 乘坐V135路公交“创新大厦A座”站下车，地铁三号线“宁官”站A2口出站可到达。 电话：024-64689587

沈阳市医疗保障事务服务中心浑南分中心 受理参保单位、参保个人基本医疗保险、生育保险及长期护理保险相关经办业务 浑南区全运路109号，沈阳创新天地H座7楼。 地铁2号线到“省博物馆”站B出口、154或128路到“智慧三街全运二路”站、305或V113路到“全运路智慧三街”站下车可到达。 电话：024-23770026	**沈阳市医疗保障事务服务中心于洪分中心** 受理参保单位、参保个人基本医疗保险、生育保险及长期护理保险相关经办业务 于洪区沈新路10号网点6门。 乘坐111路、167路、187路、189路、铁西1线“洪湖小区”站下车。地铁1号线开发大道站C出口可到达。 电话：024-22513850
沈阳市医疗保障事务服务中心沈北分中心 受理参保单位、参保个人基本医疗保险、生育保险及长期护理保险相关经办业务 沈北新区政务服务中心，沈北新区天乾湖街16号。 乘坐180到“光电产业园”站，乘坐K706路公交车（新城子—虎石台—沈北新政务服务中心）到“沈北新区政务服务中心”站下车可到达。 电话：024-89605939	**沈阳市医疗保障事务服务中心苏家屯分中心** 受理参保单位、参保个人基本医疗保险、生育保险及长期护理保险相关经办业务 苏家屯区政务服务中心，苏家屯区南京南街1088-3号。 乘坐327路、139路到“苏家屯区政务服务中心”站可到达。 电话：024-29829907
沈阳市医疗保障事务服务中心辽中分中心 受理参保单位、参保个人基本医疗保险、生育保险及长期护理保险相关经办业务 辽中区政务服务中心，辽中区滨水新区蒲水路28号。 乘坐751路公交车至“政务服务中心”站	**沈阳市医疗保障事务服务中心新民分中心** 受理参保单位、参保个人基本医疗保险、生育保险及长期护理保险相关经办业务 新民市政务服务中心，新民市东营北二路60号。 乘坐721路（开发区专线）公交车“新

下车可到达。 电话：024-87820081	民市政务服务大厅”站下车即可到达。 电话：024-27615258
沈阳市医疗保障事务服务中心 法库分中心 受理参保单位、参保个人基本医疗保险、生育保险及长期护理保险相关经办业务 法库县政务服务中心，法库县吉祥街道兴法路22-2号。 乘坐四路公交车至“政务服务中心”站下车可到达。 电话：024-87102015	**沈阳市医疗保障事务服务中心 康平分中心** 受理参保单位、参保个人基本医疗保险、生育保险及长期护理保险相关经办业务 康平镇胜利街道迎宾路99C（康平县新政务服务中心二楼）。 乘坐5号线至“康懿西门”站下车东行100米可到达。 电话：024-87322456

注：1.个人医保相关业务全市通办，可就近前往各区、县（市）医保分中心办理。

2.上述内容如遇政策调整和地址变更，以新政策和新地址为准。

温馨提示：

如果您想进一步了解我市基本医疗保险的政策规定及经办流程，可登陆沈阳市医疗保障局网站：https://ybj.shenyang.gov.cn

沈阳市医疗保障事务服务中心
二〇二六年八月