2025年度城乡居民基本医疗保险

政策宣传提纲

一、参保范围

（一）具有本市户籍、学籍或持有《天津市居住证》、《港澳居民居住证》、《台湾居民居住证》、《中华人民共和国外国人永久居留身份证》等有效证件的城乡未就业居民（含新生儿）。

（二）在本市各级各类学校（幼儿园，下同）、托育机构就读的全日制非在职在校学生、儿童（包括外省市、港、澳、台及外国籍学生儿童）。

二、缴费标准

（一）城乡未就业居民（成年），自愿选择缴费档次，选择高档缴费的人员每人每年1030元，选择低档缴费的人员每人每年400元，享受相应缴费档次报销待遇。

（二）各级各类在校学生、未成年居民、新生儿按照低档个人缴费标准缴费，每人每年400元，享受高档缴费报销待遇。

（三）特困人员、部分优抚对象、离休干部无固定收入的配偶和孤儿，个人缴费部分按照100%的比例全额资助，个人无需缴纳费用。

（四）低保对象、低保边缘家庭成员、其他重度残疾人（指未享受特困人员、低保对象、低保边缘家庭成员待遇的重度残疾人）（以下统称“其他重度残疾人”）、享受国家助学贷款高校学生等资助参保对象，按照低档个人缴费标准90%的比例定额资助，其余10%费用由个人缴纳，具体为每人每年40元。其他重度残疾人中的居民（成年），可自行选择更高缴费档次参加居民医保，个人缴费部分不再享受定额资助参保政策。

三、集中申报参保缴费期

2025年度本市居民医保集中申报参保缴费期为2024年10月8日至12月31日，符合参保条件的各类人员，持有效证件和相关材料到指定地点办理2025年度居民医保参保登记缴费手续。

四、办理参保登记

（一）本市各级各类学校就读的全日制非在职在校学生、儿童（包括外省市、港、澳、台及外国籍学生儿童），原则上应在学籍地参保，并以学校为单位统一组织办理参保手续。托育机构在托幼儿原则上在常住地参保。本市学籍的外籍学生，凭有效护照由所在学校统一组织参加居民医保。外省市认定的资助参保学生儿童在本市就读的，可自愿选择认定地或本市参保。各级各类学校不得以任何形式强制或变相强制在校学生购买商业保险产品。

（二）各级各类学校、托育机构、福利机构等单位，线下到辖区医保分中心办理参保登记手续，线上可通过网上申报第三方代办系统（天津医保公共服务平台网上服务大厅），自主在线上完成参保登记业务。享受国家助学贷款高校学生由学籍所在学校统一向区医保分中心申报办理参保登记，市教育部门应指导各高等院校根据助学贷款合同完成享受助学贷款高校学生身份确认工作。

（三）对退学、辍学等原因离开学校或托育机构的学生儿童，可到所属街（镇）综合服务机构办理参保登记。对家庭虚拟户中的在校就读的学生儿童，街（镇）综合服务机构应告知其通过所在学校参保。对未满十八周岁的继续以学生身份办理参保登记，对年满18周岁（含）的在校就读学生，自主选择以家庭虚拟户参保的，按照居民（成年）缴费标准执行，不再享受低档参保高档享受政策。

（四）以行政村（组）为主体代居民申报参保缴费的，线下到街（镇）综合服务机构办理参保登记手续，线上可通过网上申报第三方代办系统（天津医保公共服务平台网上服务大厅），自主在线上完成参保登记业务。

（五）其他未就业居民（含新生儿、未成年及成年居民），线下到街（镇）综合服务机构办理参保登记手续，线上可通过网上申报第三方代办系统（天津医保公共服务平台网上服务大厅）、津医保APP医保办事大厅，自主在线上完成参保登记业务。

（六）本市户籍人员出生的新生儿参保，推行出生、落户、参保、办理社保卡“出生一件事”集成办理。外地户籍来津人员出生的新生儿，应以新生儿真实姓名和身份证明，父母任何一方持有本市有效居住证，可以凭新生儿居住证受理回执或流动人口居住登记凭证参加居民医保，也可凭《出生医学证明》参加居民医保。

（七）本市医疗救助对象（低保、低保边缘家庭成员、特困等人员）、部分优抚对象、其他重度残疾人员、离休干部无固定收入的配偶等人员分别由市民政局、市退役军人局、市残联、市委老干部管理部门负责向市医保中心提供相关信息（以数据共享或报盘形式提供），由市医保中心负责统一办理相关参保登记及待遇标识维护手续。

五、申报缴费

（一）申报缴费渠道

1.各级各类学校、托育机构、福利机构、以行政村（组）为主体代居民申报缴费的，使用社保费代收客户端“社保费代收代报（自主）”功能进行虚拟户申报，选择授权（委托）划缴协议缴费或打印《银行端查询缴费凭证》方式缴费；社保费代收客户端通过国家税务总局天津市税务局网站“资料下载”版块进行下载，用户名为单位统一社会信用代码，密码请咨询主管税务机关。

2.其他未就业居民（含新生儿、未成年及成年居民），可以由街（镇）综合服务机构依据居民参保信息，通过代办系统，确定缴费档次，核定缴费金额，打印《缴费通知单》，到银行临柜缴费，也可以通过天津税务手机APP、电子税务局、微信、支付宝、扫码等方式缴费。

3.低保对象、低保边缘家庭成员、其他重度残疾人等困难人员，由市医保中心统一办理参保登记后，可就近到街（镇）综合服务机构打印《缴费通知单》，到银行临柜缴费，也可以通过天津税务手机APP、电子税务局、微信、支付宝、扫码等方式缴费。

（二）缴费方式

1.银行临柜缴费：缴费人持《银行端查询缴费凭证》或《缴费通知单》，到协议商业银行网点临柜缴费。协议商业银行包括：中国银行、农业银行、工商银行、建设银行、天津银行、邮储银行、光大银行、农商银行、招商银行、中信银行、交通银行、滨海农商银行、渤海银行、兴业银行、浦发银行、民生银行、齐鲁银行。

2.天津税务手机APP缴费：缴费人可登录国家税务总局天津市电子税务局网站，或通过《缴费通知单》，用手机扫描二维码，下载注册“天津税务”手机APP（后续将升级为“电子税务局”手机APP），通过“自然人业务-社保缴费办理”功能，为本人或他人自助缴费。

3.电子税务局缴费：缴费人可登录国家税务总局天津市电子税务局网站，以自然人身份登录后，通过“自然人业务-社保缴费办理”功能，为本人或他人自助缴费。

4.微信、支付宝缴费：缴费人通过微信“社保云缴费”小程序中的“天津市城乡居民医疗保险”功能、支付宝“市民中心-社保-居民医保缴费”功能，为本人或他人自助缴费。

5.扫码缴费：通过扫描“社保云缴费”二维码，选择“天津市城乡居民医疗保险”功能，为本人或他人自助缴费。

|  |  |
| --- | --- |
| gd | _cgi-bin_mmwebwx-bin_webwxgetmsgimg__&MsgID=1670873465241843099&skey=@crypt_63a0be94_bce1664bc600bae02aa0ca0ad0f9d967&mmweb_appid=wx_webfilehelper |

6.办税服务厅缴费：缴费人前往办税服务厅，通过现金或使用智能POS机缴费。

7.银联缴费：缴费人通过银联APP的居民医保缴费模块，选择“城市服务-更多-社保缴费-城乡居民”功能，为本人或他人自助缴费。

8.个人账户代扣：本市职工医保个人账户共济范围由父母、配偶、子女扩大到近亲属（父母、配偶、子女、兄弟姐妹、祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女）。参保人绑定本市参保的近亲属后，可选择“津医保”APP中“城乡居民个账代扣”功能，利用职工医保个人账户共济实现为近亲属代缴城乡居民医保。

六、信息变更

（一）参保人员基础信息变更（包含手机号码、户口性质、居住地地址等）。参保人员传递相关信息流办理退费基础信息发生变更时，医保经办机构、街（镇）综合服务机构实行全城通办，依据参保人或代办人提供的相关凭证，办理变更登记业务，变更后打印《综合业务处理单》由参保人或代办人签字确认。

（二）参保人员重要信息变更（包含证件号码、姓名、性别、出生年月等）。参保人员应在医保经办机构或街（镇）综合服务机构办理变更手续，变更时需同步调用国家公安部人员基础信息校验接口，验证是否符合校验规则（对变更证件类型或姓名的，校验通过后可直接生效，无需审核，校验不通过的，需高拍上传相关证件材料，经一级审核后，完成变更登记；对证件号码变更的，需高拍上传相关证件材料，待医保经办机构二级审核后，完成变更登记，并同步上传国家局信息平台）。

七、退费处理

（一）退费范围。

1.已缴纳次年度居民医保费，在集中缴费期期间因死亡或个人原因主动申请办理下年度退费的；

2.参保人在居民医保缴费后，在待遇享受期未开始前或因当年持续享受职工医保待遇而未享受居民医保的，可依申请为个人办理退费手续。待遇享受期开始后，原则上个人缴费不再退回；

3.已通过医疗救助等渠道由政府按规定资助参保的救助对象，可在集中缴费期内按渠道向主管部门提出资助参保退费后，变更为更高缴费档次自主缴费；

4.已在外省市参加基本医疗保险造成本市整年度重复参保的；

（二）退费办理。符合退费范围的参保人，自主向税务部门发起退费申请，并传递相关信息流程办理退费。

八、参保缴费与待遇享受

（一）凡按规定在2025年度居民医保集中申报参保缴费期内参保缴费的人员，按规定享受2025年居民医保待遇。对未在居民医保集中申报参保缴费期内办理2025年居民医保参保缴费的人员，设置参保后固定待遇等待期3个月。

（二）新生儿自出生之日起3个月（含）内办理当年度参保缴费手续的，从出生之日起享受当年度居民医保待遇；自出生之日起3个月后办理当年度参保缴费手续的，从缴费次日起享受当年度居民医保待遇。新生儿在2024年9月至12月内出生，并办理了2025度参保缴费手续的，自出生之日起至12月享受当年居民医保待遇和2025年居民医保待遇。

（三）未参加2024年度居民医保的新入学、入托学生儿童，在集中申报参保缴费期内以学校、托育机构为单位办理2025年度居民医保参保缴费的，享受2024年9月至12月及2025年度居民医保待遇。

（四）与用人单位终止、解除劳动合同、领取失业保险金期满或连续享受灵活就业人员医保待遇中断后三个月内参加居民医保的，自参保缴费次日起享受居民医保待遇。

（五）经本市认定的医疗救助对象、其他重度残疾人、部分优抚对象、离休干部无固定收入的配偶和孤儿，参加当年度本市居民医保后，按照自然年度享受基本医疗保险、大病保险等待遇。其中，资助参保对象自被确认身份次月起，按规定分别享受对应医疗救助（补助）待遇；被取消相关身份后，自次月起按规定享受基本医保待遇，取消享受医疗救助（补助）等相关待遇。

九、待遇标准

（一）居民基本医疗保险

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 2025年度城乡居民基本医疗保险待遇标准 | | | |
| 项目 | | 城乡居民缴费与待遇 | |
| 1.住院报销待遇 | 缴费标准 | 高档（1030元/人/年） | 低档（400元/人/年） |
| 一级医院 | 85% | 75% |
| 二级医院 | 80% | 70% |
| 三级医院 | 75% | 65% |
| 起付线 | 一、二、三级医院统一为500元；一个年度内住院治疗2次以上的，从第二次住院治疗起，不再设置起付线。 | |
| 封顶线 | 25万元（一个年度内） | |
| 2.门（急诊）报销待遇 | 一级医院 | 55% | 50% |
| 二级医院 | 55% | 50% |
| 三级医院 | 50% | 45% |
| 起付线 | 600元 | |
| 封顶线 | 4000元（符合连续参加居民医保的参保人员5000元） | |
| 3.门诊特殊病报销待遇 | 一级医院 | 65% | 55% |
| 二级医院 | 60% | 50% |
| 三级医院 | 55% | 45% |
| 起付线 | 500元，一个年度内分别发生住院和门诊特殊病治疗，合并执行一个起付线。 | |
| 封顶线 | 18万元，与住院待遇合并计算 | |

实施家庭医生签约惠民报销政策，参保人员与所属基层医疗机构家庭医生签约，在签约基层医疗机构就医按规定享受门（急）诊倾斜报销政策。

（二）居民大病保险

在一个年度内，参保人员患病门（急）诊、住院（含门诊特殊疾病），在基本医疗保险报销后，政策范围内个人负担起付线以上，30万元（含）以下的医疗费用，按规定纳入居民大病保险给付范围。起付线按照上一年度居民人均可支配收入的50%确定。医疗救助对象居民大病保险起付线在普通人群的基础上降低50%，报销比例提高5个百分点，取消封顶线。

2025年度居民大病待遇标准

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目 | 报销比例 | | |
| 起付线-10万元（含） | 10-20万元（含） | 20-30万元（含） |
| 住院（含门特） | 65% | 70% | 75% |

（三）医疗救助

2025年，医疗救助对象按照以下标准享受医疗救助待遇。

1.门诊救助：医疗救助对象在医疗救助定点医药机构门诊发生的符合基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施标准以及急诊、抢救等报销范围内医疗费用，基本医疗保险按规定报销后的个人负担部分，按规定比例和限额给予门诊救助。救助标准为：政策范围内个人自付部分救助50%，不设起付标准，最高救助限额为特困人员1000元，其他救助对象400元。

2.住院（含门诊特定疾病）救助：医疗救助对象在本市医疗救助定点医疗机构住院（含门诊特定疾病）治疗期间发生的符合基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录和医疗服务设施目录的医疗费用，在基本医疗保险、大病保险报销后政策范围内个人负担部分，按规定比例给予住院救助。救助标准为：特困人员、低保对象住院医疗救助不设起付线，救助比例分别为75%、70%；低保边缘家庭成员住院救助起付线标准按照上年度发布的本市居民人均可支配收入的10%确定，救助比例为65%。

3.重特大疾病医疗救助：对基本医保、大病保险和住院医疗救助等支付后个人住院医疗费用负担仍然较重的医疗救助对象，实施重特大疾病医疗救助，起付标准1万元，救助比例为50%，最高救助限额为20万元。

十、垫付报销

（一）居民医保参保人员产生的垫付医疗费用报销（含居民大病保险）。以行政村、家庭及专户为单位参保人员发生的垫付医疗费用，凭相关材料到社区工作站或街（镇）综合服务机构申报。以学校、托育机构及福利机构为单位的参保人员发生垫付医疗费用，由本人或相关单位持相关材料到所在地区医保分中心（或居民医保服务中心）申报。因退学、辍学、学业期满未就业等原因离开学校或托幼机构的学生儿童发生垫付医疗费用报销时，本市户籍的由所属街（镇）综合服务机构负责；非本市户籍的由所属区医保分中心负责，统一按照垫付报销流程办理报销手续。

（二）居民生育医疗费用保障。本市居民医保参保人员，在正常享受居民医保待遇期间发生的政策范围内生育医疗费用纳入城乡居民基本医疗保障范围。生育医疗费用主要包括：生育的医疗费用和计划生育的医疗费用。

1.妊娠登记服务。参保人员怀孕后在本市基层定点医疗机构联网办理妊娠登记后，发生的生育医疗费用纳入居民医保报销。因特殊原因不能联网办理的，可到医保经办机构办理。

2.定点就医服务。参保人员生育、实施计划生育手术等，应当到具有助产、计划生育技术服务资质的定点医疗机构生产或就医。医保经办机构应当与之签订协议，并向社会公布。

3.异地就医服务。参保人员在异地发生的生育的医疗费用和计划生育的医疗费用，先由个人垫付后申报报销。

4.垫付费用报销服务。以家庭和行政村组织参保的人员发生垫付生育医疗费用后，凭相关材料到乡镇（街道）综合服务机构申报，乡镇（街道）综合服务机构受理后，录入医疗保障信息系统，并及时将申报材料移交至医保经办机构。以学校组织参保的人员发生垫付生育医疗费用后，凭相关材料到区医保经办机构申报，区医保经办机构受理后，及时录入医疗保障系统。

十一、异地就医管理

（一）人员范围

按规定参加城乡居民医疗保险的跨省异地长期居住人员和跨省临时外出就医人员，可以申请办理跨省异地就医直接结算。

1.跨省异地长期居住人员**：**包括异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员等在天津市参加基本医疗保险，且长期在本市以外省（区、市）工作、居住、生活的人员。

2.跨省临时外出就医人员：包括异地转诊就医人员，因工作、旅游等原因异地急诊抢救人员以及其他跨省临时外出就医人员。

（二）异地就医备案

跨省异地就医前，参保人通过“国家医保服务平台”、“津医保”、“津心办”等APP自助开通异地就医直接结算备案，也可通过我市医保经办机构服务窗口办理跨省异地就医备案手续。参保人前往北京市、河北省住院和普通门诊就医，无需办理异地就医备案手续。

（三）报销待遇

跨省异地就医直接结算的住院、普通门诊和门诊慢特病医疗费用，原则上执行就医地规定的支付范围及有关规定（基本医疗保险药品、医疗服务项目和医用耗材等支付范围），执行参保地规定的基本医疗保险基金起付标准、支付比例、最高支付限额、门诊慢特病病种范围等有关政策。跨省异地就医垫付报销医疗费用，执行本市支付范围及有关规定。

（四）就医结算

跨省异地就医人员可享受居民基本医疗保险、居民大病保险和城乡医疗救助等多种保障待遇，实行“一站式”服务和“一单制”结算。如因特殊情况跨省异地就医出院自费结算后，可补充提供相关证明材料，发生的合规医疗费用按规定申请医保手工报销。学生儿童随父母异地生活（或回原籍）期间的垫付医疗费用，参照执行。

（五）门特登记

跨省异地长期居住人员患有门诊特定疾病（以下简称“门特”）的，按我市有关规定到具有鉴定资格的本市医疗机构鉴诊并办理门特登记手续；也可经其选定的最高级别医疗机构鉴诊，凭诊断证明和相关检查结果，到参保地医保经办机构办理。

《2025年度城乡居民基本医疗保险宣传提纲》印发后，如遇政策调整，依据最新政策执行。