

南通市人民政府文件

通政规〔2017〕6号

市政府关于印发 《南通市职工生育保险办法》的通知

各县（市）、区人民政府，市经济技术开发区管委会，苏通科技产业园区管委会，通州湾示范区管委会，市各委、办、局，市各直属单位：

《南通市职工生育保险办法》已经2017年10月24日十五届市政府第14次常务会议审议通过，现予印发，自2018年1月1日起施行。

南通市人民政府
2017年11月10日

（此件公开发布）

南通市职工生育保险办法

第一章 总 则

第一条 为了维护职工的合法权益，保障职工生育保险待遇，根据《中华人民共和国社会保险法》、《江苏省职工生育保险规定》等法律法规，结合本市实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于本市行政区域内的机关、企业、事业单位、社会组织以及有雇工的个体工商户（以下统称用人单位）及其职工（含个体工商户招用的雇工）。

第三条 用人单位按照属地原则依法参加生育保险，并按时足额缴纳生育保险费。职工个人不缴纳生育保险费。

第四条 生育保险实行市级统筹，基金统收统支。

第五条 市、县（市）及通州区人力资源和社会保障部门负责所辖行政区域内的生育保险管理工作。各级生育保险经办机构（以下简称经办机构）具体承办生育保险基金征收、使用、管理等工作。

第六条 市、县（市）及通州区财政、卫生计生、税务、审计、物价等部门在各自职责范围内，协助做好生育保险有关工作。

第二章 生育保险基金

第七条 生育保险基金根据以支定收、收支平衡的原则筹集

和使用。市、县（市）及通州区人民政府按规定在生育保险基金出现支付不足时，给予补贴。

第八条 生育保险基金由下列各项构成：

- （一）用人单位缴纳的生育保险费；
- （二）生育保险基金的利息等增值收入；
- （三）按照规定收取的滞纳金；
- （四）政府补贴资金；
- （五）其他依法应当纳入生育保险基金的资金。

第九条 用人单位按照本单位职工工资总额的一定比例缴纳生育保险费，缴费比例暂定为0.5%。

生育保险缴费比例实行动态调整机制，当生育保险基金运行出现当期赤字，且全市累计结余可释放水平（即全市累计结余/全市当期月平均赤字）不足15个月时，可上调生育保险费率；当生育保险基金运行当期结余，且全市累计结余超过15个月平均支付水平（即全市累计结余/全市当期月平均支出）时，可下调生育保险费率。

具体缴费比例由市人力资源和社会保障部门会同财政部门，根据生育保险基金收支和累计结余等实际情况测算后提出，报市人民政府审核同意，并按照规定程序上报省人民政府批准后实施。

用人单位缴纳的生育保险费按照财政和税务部门规定的渠道列支。

第十条 生育保险费的征缴管理按照《中华人民共和国社会保险法》、《江苏省社会保险费征缴条例》的规定执行。

第十一条 生育保险基金实行市统一编制预算，统一组织实施。市级经办机构编制全市生育保险基金收支预算，并通过生育保险基金收支预算对全市生育保险基金实行统一管理。生育保险基金预算、决算草案的编制、审核和批准，按照法律法规有关规定执行。

第十二条 市级经办机构每年年初制定各县（市）、通州区生育保险基金年度征收计划，征求各县（市）、通州区人力资源和社会保障、财政部门意见后，报市人力资源和社会保障、市财政部门审核。市人民政府下达各县（市）、通州区人民政府执行，并纳入对各县（市）、通州区人民政府年度考核。

第十三条 生育保险基金单独建账，独立核算，执行国家统一的会计制度。

全市生育保险基金实行市级财政专户管理，按照国家规定的存款利率计息，专款专用，任何组织和个人不得侵占或者挪用，不得用于平衡其他政府预算。

第十四条 市级经办机构统一设立会计科目，对全市生育保险基金实行统收统支管理。市、各县（市）和通州区分别开设生育保险基金财政专户和支出户，专门用于生育保险费的收缴和待遇支付。

第十五条 各级地方税务部门应将征收的生育保险费存入

当地生育保险基金财政专户。各县（市）和通州区财政部门应将当月征收的生育保险费及时上缴至市生育保险基金财政专户。

第十六条 各县（市）、通州区生育保险经办机构（简称县级经办机构）按月向市级经办机构申报生育待遇支付计划，市级经办机构审核后，通过国库集中支付将资金拨到各县（市）和通州区支出户。

第十七条 各县（市）、通州区在市级统筹前的基金收、支、余及债权、债务等情况，应经市审计部门专项审计确认。基金市级统筹前形成的债权、债务和基金缺口，由各县（市）、通州区政府负责清偿和弥补。

实施市级统筹前的基金历年结余，按市审计部门确认金额暂留当地生育保险基金财政专户，实施市级统筹后各地发生的生育保险待遇支出先从当地基金历年结余中列支。

第十八条 按照现行财政体制建立市、县（市）、通州区两级政府对生育保险基金的风险负担机制。预算年度内，根据基金运行情况和各县（市）、通州区基金收支完成情况，由市和各县（市）、通州区财政统筹补助。

第十九条 市级经办机构对县级经办机构生育保险基金征收、支付和管理进行稽核。

第三章 生育保险待遇

第二十条 生育保险待遇包括生育医疗费用、生育津贴和一

次性营养补助。

生育医疗费用包括生育的医疗费用、计划生育的医疗费用以及法律、法规规定的其他项目费用。

第二十一条 职工所在用人单位按时足额为其缴纳生育保险费的，职工按照国家规定享受生育保险待遇；职工未就业配偶按照国家 and 省市规定享受生育的医疗费用待遇，所需资金从生育保险基金中支付。

职工或者职工未就业配偶分娩、流产、引产或者实施计划生育手术时，用人单位为其连续缴费不足10个月的，职工生育医疗费用或者职工未就业配偶生育的医疗费用待遇由生育保险基金支付；职工的生育津贴和一次性营养补助，在用人单位连续缴费满10个月后，由生育保险基金支付。

第二十二条 用人单位未按照规定办理社会保险登记或者未按时足额缴纳生育保险费，其职工的生育保险待遇和职工未就业配偶生育的医疗费用待遇应由用人单位按照所属统筹地区生育保险规定的待遇标准足额支付，其中，生育津贴的支付标准按照职工产假或者休假前工资的标准执行。

用人单位未按时足额缴纳生育保险费的，从次月起停止生育保险待遇，暂停期间不计算缴费年限。

用人单位在足额补缴生育保险费后，可补计缴费年限，自补缴之日起继续享受生育保险待遇，暂停期间的生育保险待遇，生育保险基金不予结付，由用人单位负担。

第二十三条 生育保险基金支付的生育的医疗费用包括参加生育保险的职工在妊娠和分娩住院期间，因产前检查、住院分娩或者因生育而引起的流产、引产，所发生的符合生育保险规定的医疗费用。其中，分娩住院期间诊治生育引起的并发症、合并症符合生育保险规定的医疗费用，由生育保险基金按规定支付；其他期间产生的上述费用，按照职工医疗保险规定，由职工医疗保险基金按规定支付。

第二十四条 生育保险基金支付的计划生育的医疗费用包括参加生育保险的职工实施放置或者取出宫内节育器、人工流产术或者引产术、输卵管或者输精管结扎以及复通手术、实施皮下埋植术或皮下埋植取出术等，所发生的符合生育保险规定的医疗费用。其中，因实施计划生育手术引起的并发症的医疗费用，在手术或住院期间由生育保险基金按规定支付；手术或者出院之后产生的上述费用，按照职工医疗保险规定，由职工医疗保险基金按规定支付。

第二十五条 符合生育保险基金支付范围的生育的医疗费用和计划生育的医疗费用，生育保险基金按下列规定支付：

（一）生育保险基金按单元或病种限额支付，低于限额标准的按实支付，具体限额标准为：产前检查1000元；妊娠2个月以下的流产手术400元；妊娠满2个月、不满3个月的流产手术600元；妊娠满3个月、不满7个月的流产、引产手术2000元；7个月以上（含7个月）的引产手术3000元；阴道分娩顺产3000元；阴

道分娩难产3200元；符合剖宫产手术指征的剖宫产手术4000元，其他剖宫产手术3600元；放置宫内节育器（含节育器）200元；取出宫内节育器150元；实施皮下埋植术200元；实施皮下埋植取出术150元；实施输卵管结扎术500元；实施输精管结扎术320元；实施输卵管复通术1600元；实施输精管复通术1200元。

（二）分娩住院期间因诊治生育引起的并发症、合并症及剖宫产手术附带子宫肌瘤、阑尾切除等手术时的医疗费用，超过上述相应支付限额以上的部分，生育保险基金按70%的比例支付。

施行计划生育手术在手术或住院期间因计划生育手术引起的并发症及附带子宫肌瘤等手术时的医疗费用，超过上述相应支付限额以上的部分，生育保险基金按70%的比例支付。

具体并发症病种由市人力资源和社会保障部门另行制定。

（三）享受生育保险待遇的女职工因先兆流产、先兆早产在生育保险定点医疗机构住院保胎治疗期间流（引）产或早产的，其住院期间发生的符合生育保险规定的医疗费用，低于流（引）产或早产的支付限额标准的，生育保险基金按实支付；超过相应支付限额标准的部分，生育保险基金按70%的比例支付。

（四）异位妊娠、葡萄胎及非分娩住院期间的先兆流产、妊娠剧吐、妊娠糖尿病、妊娠期高血压疾病、产褥期感染等相关疾病、并发症、合并症，按照职工医疗保险规定，由职工医疗保险基金按规定支付。

第二十六条 享受职工医疗保险待遇的退休、社会保养、“协

保”人员，因生育所发生的符合职工生育保险规定生育的医疗费用，纳入职工医疗保险基金支付范围，支付标准参照生育保险参保职工的待遇标准执行。

2007年1月1日以前经县级以上计划生育技术鉴定小组鉴定为计划生育并发症（后遗症）且已在医保经办机构备案的职工医疗保险参保人员，在二级以上医疗机构因治疗计划生育并发症（后遗症）所发生的符合医疗保险规定的医疗费用，在生育保险基金中核报。

第二十七条 生育津贴是职工按照国家和省有关规定享受产假或者计划生育手术休假期间获得的工资性补偿。生育津贴按照职工产假或者休假天数计发，计发基数为职工所在用人单位上年度职工月平均工资除以30。

用人单位上年度职工月平均工资按照职工生育或者实施计划生育手术时所在用人单位上年度申报的生育保险缴费基数计算，当年度新参保的单位，按其当年度申报的月平均生育保险缴费基数计算。

职工符合江苏省人口与计划生育条例规定生育和计划生育的，在产假或者休假期间按照以下标准享受生育津贴：

（一）生育的，享受128天的生育津贴，其中难产（含符合剖宫产手术指征的剖宫产），增加15天的生育津贴；生育多胞胎的，每多生育1个婴儿，增加15天的生育津贴。

（二）妊娠不满2个月流产的，享受20天的生育津贴；妊娠

满2个月不满3个月流产的，享受30天的生育津贴；妊娠满3个月不满7个月流产、引产的，享受42天的生育津贴；妊娠满7个月引产的，享受98天的生育津贴。

（三）实行输卵管结扎手术的，享受21天的生育津贴；实行输精管结扎手术的，享受7天的生育津贴。

（四）实行输卵管复通手术的，享受21天的生育津贴；实行输精管复通手术的，享受14天的生育津贴。

（五）放置或者取出宫内节育器的，享受2天的生育津贴。

（六）放置或取出药物皮下埋植剂的，享受2天的生育津贴。

（七）符合国家和省有关规定享受护理假的男职工，生育保险连续缴费满10个月后，享受15天的生育津贴。

职工产假或者休假期间，享受的生育津贴低于其产假或者休假前工资标准的，由用人单位予以补足；高于其产假或者休假前工资标准的，用人单位不得截留。

第二十八条 职工生育或者妊娠满7个月引产的，发给一次性营养补助，标准为当地上年度城镇非私营单位在岗职工年平均工资的2%，具体标准由市人力资源和社会保障部门统一公布执行。

第二十九条 职工未就业配偶的生育保险待遇为生育的医疗费待遇，标准为职工所在统筹地区职工生育的医疗费用待遇标准的50%。

职工未就业配偶参加居民基本医疗保险的应当按照居民基

本医疗保险孕产妇住院分娩补助政策享受相关医疗待遇,生育保险基金不再支付其生育的医疗费用待遇。

第三十条 参加生育保险的女职工失业后,在领取失业保险金期间,生育保险待遇为生育的医疗费用、一次性营养补助待遇。各地可采取审核报销的方式,对符合规定的待遇,由经办机构直接支付给失业女职工本人。

第三十一条 参加职工医疗保险的灵活就业人员发生的符合规定的生育的医疗费用纳入职工医疗保险基金支付范围,在享受职工医疗保险待遇期间按规定享受生育的医疗费用待遇。

灵活就业人员在生育期间,因产前检查、住院分娩或者因生育而引起的流产、引产,以及分娩住院期间诊治生育引起的并发症、合并症的,所发生的符合职工生育保险支付范围的医疗费用,按照职工生育保险的相应待遇,由职工医疗保险统筹基金支付。

灵活就业人员在基层医疗卫生机构产前检查,享受国家基本公共卫生服务项目规定范围内的医疗保健服务,职工医疗保险基金不重复支付其相关医疗费用。

灵活就业人员按照本规定享受生育的医疗费用待遇后,不再按照生育保险规定享受职工未就业配偶生育的医疗费用待遇。

第三十二条 外国人及港澳台人员在本市就业参加生育保险的,按本办法规定享受相应的生育保险待遇。

第三十三条 下列费用不纳入生育保险基金支付范围:

(一)违反人口和计划生育法律、法规规定,生育或者实施

计划生育手术的生育医疗费用、生育津贴和一次性营养补助；

（二）不符合生育保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施范围和支付标准的费用；

（三）应当由基本医疗保险基金支付的费用；

（四）应当由公共卫生或者其他公共服务项目以及按照规定由免费的计划生育技术服务项目负担的费用；

（五）属于医疗事故等，应当由第三人负担的费用；

（六）在国外以及港澳台地区发生的生育医疗费用；

（七）新生儿疾病筛查、护理和医疗的费用；

（八）未经批准在非定点医疗机构就医的生育医疗费用（急诊、抢救的除外）；

（九）已享受城乡居民基本医疗保险的医疗费用；

（十）国家和省规定的不属于生育保险基金支付的其他费用。

第三十四条 退休、社会保养、“协保”人员，灵活就业人员以及职工未就业配偶按照国家 and 省人口计划生育法律、法规规定，免费享受国家规定的基本项目的计划生育技术服务，生育保险基金不支付其计划生育技术服务的相关费用。

第四章 生育保险管理和监督

第三十五条 生育保险与医疗保险实行统一经办管理。生育保险和医疗保险设立统一的社会保险经办机构，建立统一的信息

管理系统，并进行统一征缴、统一管理。

社会保险经办机构的人员经费、经办生育保险发生的基本运行和管理费用，由同级财政部门按照国家规定列入本级财政预算。

第三十六条 生育保险医疗机构实行定点管理。经办机构按照规定与符合规定条件的医疗机构签订医疗服务协议，严格履行各自的责任、权利和义务，并向社会公布。

第三十七条 参加生育保险的职工应当到生育保险定点医疗机构就医。生育保险定点医疗机构应当按相关规定和医疗服务协议的约定提供生育医疗服务，严格控制非医学指征剖宫产率。在参保人员就诊时应认真进行身份识别，仔细核对、留存生育及计划生育有关材料，并及时将相关信息登记、录入生育保险信息系统。

参保人员在生育保险定点医疗机构就医划卡结算需提供下列资料原件及复印件：

（一）妊娠后建立孕产妇保健册（卡）的，须提供生育登记证明（表）或生育证。

（二）流（引）产或终止妊娠手术治疗的，须提供结婚证；引产的，还须提供卫生计生部门出具的证明。

（三）施行其他计划生育有关手术或治疗的，根据需要提供卫生计生部门或单位出具的证明。

第三十八条 生育保险定点医疗机构应当严格执行《江苏省

基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》和南通市生育保险诊疗项目、医疗服务设施范围及支付标准，严格执行生育保险的管理规定。因病施治、合理检查、合理治疗、合理用药，规范医疗服务行为，提高医疗质量。提供生育保险基金支付范围以外的药品、诊疗项目和医疗服务设施，应当征得职工或其家属的同意。

第三十九条 参加生育保险的职工在生育保险定点医疗机构产前检查、住院分娩和实施计划生育手术发生的符合生育保险规定的医疗费用实行按单元、病种付费，由经办机构与生育保险定点医疗机构按规定结算。生育保险医疗费用付费结算规定由市人力资源和社会保障部门另行制定。

生育津贴、一次性营养补助由经办机构发放给用人单位，由其支付给参加生育保险的参保职工；由于用人单位的原因，导致上述费用无法正常发放的，经办机构可以将上述费用直接支付给职工本人。

第四十条 全市范围内生育保险医疗待遇实时划卡结算。参保人员发生的生育保险医疗费用（含生育保险支付范围以外的）均应记入生育保险信息管理系统。参保人员发生符合生育保险规定的医疗费用，通过社会保障卡在定点医疗机构划卡结算。属于生育保险基金支付范围的医疗费用，由经办机构与定点医疗机构按规定结付。应由个人负担和生育保险支付范围以外的医疗费用，可通过本人社会保障卡中的个人储蓄账户划转，也可由本人

直接支付。

第四十一条 工作或居住在异地的参保职工,应在当地选择生育保险定点医疗机构生育。异地生育或实施计划生育手术的医疗费用,由参保地生育保险经办机构审核,符合生育保险规定的,按职工参保地的生育保险待遇标准支付。

异地生育已享受过居民基本医疗保险(含新型农村合作医疗)、在境外生育的参保职工,不享受生育医疗费用报销待遇,可凭生育的相关资料申请享受生育津贴和一次性营养费补助。

第四十二条 失业女职工和男职工未就业配偶的生育的医疗费用,由参保人员先行垫付后,凭社会保障卡、病历资料、费用明细清单、有效票据和生育保险规定的其他有效证件、证明等资料到经办机构核报。

第四十三条 人力资源和社会保障、财政和地税部门应当加强信息联网建设,保障参保职工及时享受生育保险待遇。经办机构应当按时足额支付生育保险待遇。

第四十四条 任何单位和个人不得以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取生育保险基金支出和生育保险待遇。

第四十五条 人力资源和社会保障部门应当加强对用人单位和个人遵守本办法情况的监督检查。

财政、审计、人力资源和社会保障部门按照各自职责,依法对生育保险基金的收支、管理情况实施监督。

第四十六条 职工对享受的生育保险待遇有疑义的,有权到

用人单位或者经办机构查询。职工与用人单位因生育保险待遇发生劳动人事争议，可以依法向劳动人事争议仲裁委员会申请仲裁；对仲裁裁决不服的，可以向人民法院提起诉讼。

第四十七条 用人单位或者职工认为社会保险费征收机构和经办机构在生育保险费征收、社会保险登记、核定生育保险费、支付生育保险待遇等方面侵害其合法权益的，可以依法申请行政复议或者向人民法院提起诉讼。

第五章 法律责任

第四十八条 违反本办法，人力资源和社会保障、财政部门及经办机构及其工作人员，有下列行为之一的，由上级机关责令其改正，追回挪用、流失的款项；对直接负责的主管人员和其他直接责任人员，依法给予处分；构成犯罪的，依法追究刑事责任：

（一）违反第十三条第二款规定，未将生育保险基金纳入财政专户管理，按照国家规定的存款利率计息，或者未专款专用，用于平衡其他政府预算的；

（二）违反第二十条规定，擅自更改或者扩大生育保险待遇范围的；

（三）违反第四十三条规定，未按时足额支付生育保险待遇的。

第四十九条 违反本办法第二十二条规定，用人单位未依法缴纳生育保险费又拒不支付职工生育保险待遇的，由人力资源和

社会保障部门责令限期支付；逾期不支付的，责令用人单位按照应付金额50%以上100%以下的标准向劳动者加付赔偿金。

第五十条 违反本办法第四十四条规定，单位或者个人以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取生育保险基金支出或者生育保险待遇的，由人力资源和社会保障部门责令退回骗取的生育保险金，处骗取金额2倍以上5倍以下罚款；涉嫌犯罪的，移交司法机关处理。

生育保险定点医疗机构有前款规定行为的，由经办机构解除服务协议；直接负责的主管人员和其他直接责任人员有执业资格的，由卫生计生部门依法处理。

第六章 附 则

第五十一条 本办法所称本单位职工工资总额，是指职工所在用人单位直接支付给本单位全部职工的劳动报酬总额。

本办法所称职工所在用人单位上年度职工月平均工资，按照职工生育或者实施计划生育手术时所在用人单位上年度申报的全部参保职工工资总额计算。

第五十二条 市人力资源和社会保障部门可根据经济社会发展，结合生育保险基金运行情况，对生育保险待遇进行调整。

第五十三条 本办法自2018年1月1日起施行。本市各地原规定与本办法不一致的，按本办法执行。

