

清流县民政和人力资源社会保障局

清流县财政局

清流县卫生健康局

三明市清流医疗保障局

文件

清民社规〔2026〕1号

清流县民政和人力资源社会保障局等4部门
关于印发《清流县优抚对象医疗补助实施细则》的通知

各乡（镇）、县直有关单位：

现将《清流县优抚对象医疗补助实施细则》印发给你们，
请结合实际，认真抓好贯彻落实。

清流县民政和人力资源社会保障局

清流县财政局



清流县卫生健康局



三明市清流医疗保障局

2026年6月12日

(此件主动公开)

清流县优抚对象医疗补助实施细则

为贯彻落实党和政府对退役军人的医疗优待政策，根据《军人抚恤优待条例》、《退役军人事务部等6部门关于印发〈残疾退役军人医疗保障办法〉的通知》（退役军人部发〔2022〕3号）、《福建省退役军人事务厅等6部门关于印发〈福建省优抚对象医疗保障实施办法〉的通知》（闽退役军人厅规〔2025〕2号）等有关政策文件精神，就具体补助标准、限额及程序，结合我县实际，制定优抚对象医疗补助实施细则。

第一条 对象范围

本实施细则适用于我县享受国家定期抚恤补助的残疾退役军人、烈士遗属、因公牺牲军人遗属、病故军人遗属、在乡复员军人、参战（参试）退役军人、带病回乡退役军人，以上人员在本办法中简称优抚对象。

第二条 门诊补助

按照省、市、县（区）优抚对象医疗补助资金个人年筹集标准的30%（现行标准600元的30%即：180元/人年），为除一级至六级残疾退役军人以外的优抚对象个人年度门诊开支给予补助180元。

第三条 住院和门诊特殊病种医疗补助

优抚对象按照有关规定在定点医疗机构就医所发生的

基本医疗保险政策范围内住院和门诊特殊病种医疗费用，扣除基本医疗保险、大病保险、医疗救助等政策性医疗保障报销的金额后，对其年度内基本医疗保险政策范围内个人自付医疗费用给予补助，具体标准如下：

（一）一级至四级残疾退役军人个人自付部分由优抚对象医疗补助资金按 100%比例给予补助。

（二）五级至六级残疾退役军人个人自付部分由优抚对象医疗补助资金按医保目录内 100%比例给予补助。

（三）七级至十级残疾退役军人及其他优抚对象，个人自付部分由优抚对象医疗补助资金按 80%比例给予补助，优抚对象年度累计补助最高限额为每人每年 2 万元。

第四条 补助流程

（一）补助对象携带医疗费用发票、疾病（门诊特殊病种）证明书、费用汇总清单、出院小结、医保结算单等原件及身份证和银行卡复印件，到户籍所在地乡镇退役军人服务站初审。

（二）经三明市医疗保障基金中心清流管理部协助查询相关数据、提供相关证明并加盖公章。

（三）医疗补助金实行社会化发放方式，经县民政和人力资源局审批通过后，由银行代发至申请对象个人账户。

（四）具体补助发放时间根据实际情况安排（原则上完成申报确认后 3 个月内发放到位）。

第五条 下列情形发生的医疗费用不属于补助范围

- (一) 参与违法犯罪活动等原因产生的医疗费用的；
- (二) 提供虚假证明或相关证明材料提供不全的；
- (三) 在境外（含港澳台地区）就医的；
- (四) 应当由第三者负担的；
- (五) 其他依法、依规不应予以支付的医疗费用。

第六条 其他规定

(一) 本实施细则由清流县民政和人力资源社会保障局负责解释，未尽事项事宜，按相关文件规定处理。

(二) 省、市退役军人事务部门就有关重点优抚对象医疗保障出台新规定后，如果本办法与上级规定存在不一致，从其规定。

(三) 本实施细则自 2026 年 6 月 1 日起施行，有效期至 2028 年 12 月 31 日。原《关于提高重点优抚对象医疗门诊补助金的通知》（清政民〔2011〕29 号）同时废止。

附件：清流县优抚对象医疗补助申请审批表

附件

清流县优抚对象医疗补助申请审批表

单位：元

姓名		优抚对象类别		身份证号码	
家庭住址				联系电话	
申请事由	申请人签字：_____年 月 日				
乡（镇）退役军人服务站审核意见	经办人签字：_____ 单位盖章：_____ 年 月 日				
医疗保障基金中心清流管理部（公章）	医疗总费用	医疗保险政策范围内费用	医疗保险报销金额（含大病救助、医疗救助等）	医疗保险政策范围外费用	医保范围内自付部分费用
	经办人员：_____		分管：_____ 时间：_____年 月 日		
县民政和人力资源社会保障局审批意见	医疗补助金额计算	政策自付数	补助比例	应补助金额	
	经办人员签字	实际补助金额：_____万 仟 佰 拾 元 角 分			
分管领导审核		主管领导 签批		_____年 月 日	
备注：1、本表应用炭素笔如实填写，不得随意涂改。2、提供材料：（1）身份证复印件、个人账户。（2）出院小结、住院发票。（3）《基本医疗保险费用结算单》。费用结算单不是日常费用清单，而是能够体现医疗总费用、医疗保险政策范围内费用、医疗保险政策范围外费用、医疗保险报销金额的费用结算单。3、本表一式两份，县退役军人事务股、财务室各执一份。					

填表说明：

1. 类别填写：烈士遗属、因公牺牲军人遗属、病故军人遗属、残疾军人、在乡复员军人、带病回乡退伍军人、参战退伍军人；

2. 申请住院补助需提供：身份证复印件、银行卡复印件、住院发票、医疗保险费用结算单、出院记录；申请门诊特殊病种补助需提供门诊发票、医疗保险费用结算单、特殊门诊病历；

3. 门诊特殊病种的种类包括：慢性心功能衰竭、再生障碍性贫血、系统性红斑狼疮、癫痫病、高血压、糖尿病、重症精神病、苯丙酮尿症、肝硬化（失代偿期）、支气管哮喘、结核病规范治疗、恶性肿瘤门诊化疗和放疗、器官移植抗排斥反应治疗、血友病、重症尿毒症门诊透析治疗、类风湿关节炎、慢性肾炎、慢性阻塞性肺疾病（含慢性支气管炎）、慢性病毒性肝炎（乙型、丙型活动期）、强直性脊柱炎、甲状腺功能亢进、脑卒中及后遗症、帕金森病、重症肌无力、新冠肺炎出院患者门诊康复治疗、冠状动脉粥样硬化性心脏病、儿童康复治疗、儿童先天性心脏病、门诊危重病抢救、精神分裂症、白内障门诊手术治疗、地中海贫血、尘肺病、学生意外伤害等，具体以医保部门公布为准。

4. 本表一式二份，局财务室、退役军人服务中心各一份。