

石家庄市医疗保障局  
石家庄市财政局  
石家庄市卫生健康委员会  
国家税务总局石家庄市税务局

文件

石医保规〔2025〕1号

关于修订印发《石家庄市生育保险和职工  
基本医疗保险合并实施细则》的通知

各县（市、区）医疗保障局、财政局、卫生健康局、税务局，高  
新区、经开区医疗保障部门：

根据《中华人民共和国社会保险法》《女职工劳动保护特别  
规定》《中共中央 国务院关于优化生育政策促进人口长期均衡发  
展的决定》和《河北省医疗保障局 河北省财政厅关于印发〈河

北省省本级职工基本医疗保险实施办法〉的通知》（冀医保规〔2023〕10号）等有关法律、法规和文件规定要求，进一步完善生育保险和职工基本医疗保险合并实施相关政策，现将修订后的《石家庄市生育保险和职工基本医疗保险合并实施细则》印发给你们，请认真遵照执行。



(此件主动公开)

# 石家庄市生育保险和职工基本医疗保险 合并实施细则

## 第一章 总 则

**第一条** 为维护职工合法权益，保障女职工在生育和实施计划生育手术期间获得基本的医疗和生活保障，根据《中华人民共和国社会保险法》《女职工劳动保护特别规定》《中共中央 国务院关于优化生育政策促进人口长期均衡发展的决定》和《河北省医疗保障局 河北省财政厅关于印发〈河北省省本级职工基本医疗保险实施办法〉的通知》（冀医保规〔2023〕10号）等有关法律、法规和文件规定，结合本市实际，制定本实施细则。

**第二条** 职工生育保险和职工基本医疗保险（以下简称两项保险）合并实施遵循保留险种、保障待遇、统一管理、降低成本的总体要求。

**第三条** 两项保险合并实施后，实现参保同步登记、基金合并运行、征缴管理一致、监督管理统一、经办服务一体化。

## 第二章 实施范围和对象

**第四条** 本辖区国家机关、事业单位、社会团体、企业、个

体经济组织、民办非企业单位等组织作为用人单位，均列入两项保险实施范围。代办灵活就业人员基本医保的各级人才交流服务中心、失业保险经办机构、职业介绍服务中心，以及经人社部门批准成立的其它职业介绍机构（含劳务派遣机构），视为用人单位，列入两项保险实施范围。

**第五条** 本辖区所有参加两项保险的用人单位在职职工、退休（职）人员、灵活就业人员作为本辖区两项保险的实施对象。参加两项保险的用人单位在职男职工、男退休（职）人员的未就业配偶列为生育保险的实施对象。

**第六条** 两项保险合并实施后，参保登记手续按照基本医疗保险的登记办法办理。

### 第三章 统筹项目（生育保险部分）

**第七条** 本实施细则所称的生育是符合国家、省人口和计划生育有关政策规定的生育。

本实施细则所称的计划生育手术是计划生育政策规定的宫腔内节育器放置（取出）、皮下埋植（取出）、输精（卵）管结扎及复通术等。

**第八条** 生育保险的统筹项目包括下列项目：

（一）符合生育政策规定的生育、意外怀孕、母婴生理原因所致的医学需要终止妊娠手术的医疗费用；

（二）宫内节育器放置（取出）、皮下埋植（取出）、输精

(卵) 管结扎、复通等计划生育手术的医疗费用；

(三) 用人单位按 1% 费率缴纳生育保险费的女职工产假及职工计划生育手术休假期间的生育津贴；

(四) 法律法规规定的其他项目。

## 第四章 基金筹集

**第九条** 生育保险基金并入基本医疗保险基金，由下列项目构成：

(一) 用人单位及灵活就业人员缴纳的两项保险费；

(二) 两项保险费的滞纳金；

(三) 两项保险基金的利息；

(四) 财政补贴；

(五) 依法纳入两项保险基金的其他资金。

**第十条** 两项保险个人缴费基数统一按职工基本医疗保险实施办法规定执行。

**第十一条** 基本医保费、生育保险费合并征缴费率标准为：财政拨款的行政、事业组织的费率标准合计为 6.9%（基本医保费率 6.5%，生育保险费率 0.4%）；企业、非财政拨款事业组织或企业化管理的事业组织、个体经济组织、民办非企业单位费率标准合计为 7.5%（基本医保费率 6.5%，生育保险费率 1%），用人单位参保人员个人缴纳基本医保费的费率标准为 2%，用人单位参保人员个人不缴纳生育保险费。灵活就业人员的基本医保

费按缴费基数的 6.5% 缴纳，灵活就业人员不缴纳生育保险费。

**第十二条** 参保职工应按时足额缴纳两项保险费。中断缴费期间，停止享受两项保险待遇。连续中断缴费在 6 个月及以内的，按规定补缴两项保险费，补缴后可连续享受两项保险待遇；连续中断缴费 6 个月以上的，按规定补足全部欠缴的两项保险费后，自补缴当月起按规定享受待遇，中断期间发生的医疗费不予支付。连续中断缴费 6 个月以上未足额补缴两项保险费的，自补缴之月起设置 6 个月待遇享受等待期，中断期间和待遇享受等待期期间发生的医疗费用不予报销。

**第十三条** 生育保险与基本医保合并实施后，费率需要调整时，应根据两项保险基金收支情况，由市医疗保障局会同市财政局提出调整方案，报市人民政府批准后公布施行。

## 第五章 待遇及标准

**第十四条** 参保人员享受下列生育医疗费待遇：

- (一) 生育的医疗费；
- (二) 计划生育手术的医疗费；
- (三) 法律法规规定的其他费用。

**第十五条** 生育津贴待遇。财政拨款的行政、事业组织的女职工产假、节育假期间工资按原渠道解决，不享受生育津贴。按 1% 费率缴纳生育保险费的用人单位女职工产假及职工计划生育手术休假期间，按以下规定享受生育津贴：

1. 生育或实施计划生育手术前已参加我市职工基本医疗保险和生育保险，且生育保险按 1% 费率标准连续缴费满 12 个月（含）以上的女职工，享受生育津贴待遇。

2. 生育津贴以职工所在用人单位上年度职工月平均工资为基数除以 30 乘休假天数计算，由经办机构审核确认后，一次性支付到女职工本人银行账户。

**第十六条** 发放生育津贴的天数为：

- (一) 怀孕不满 4 个月终止妊娠的 15 天；
- (二) 怀孕满 4 个月终止妊娠的 42 天；
- (三) 自然分娩的 158 天（分娩后新生儿死亡的 98 天）；
- (四) 难产（胎头吸引、产钳助产、臀位助产、臀位牵引）或剖宫产的增加 15 天；
- (五) 多胞胎生育的，每多生育一个婴儿增加 15 天；
- (六) 放置、取出宫内节育器的 2 天；
- (七) 放置、取出皮下埋植剂的 3 天；
- (八) 单独施行输卵管结扎的 21 天；
- (九) 施行终止妊娠手术同时放置宫内节育器的增加 2 天、施行输卵管结扎的增加 10 天；
- (十) 法律法规规定的其他情形。

**第十七条** 两项保险基金支付生育医疗费用。产前检查费用实行定额支付。产前检查费用在生育医疗费用结算时合并支付，标准分别为：

- (一) 生育 2000 元；
- (二) 怀孕 7 个月以上终止妊娠 1000 元；
- (三) 怀孕满 4 个月不满 7 个月终止妊娠 500 元；
- (四) 怀孕不满 4 个月终止妊娠 300 元。

**第十八条** 生育医疗费用（不含产前检查）实行限额报销，报销标准分别为：

- (一) 自然分娩 3500 元；
- (二) 难产 4000 元；
- (三) 剖宫产 5000 元；
- (四) 怀孕 7 个月以上终止妊娠 2200 元；
- (五) 怀孕满 4 个月不满 7 个月终止妊娠 1000 元；
- (六) 怀孕不满 4 个月终止妊娠 600 元。

**第十九条** 职工计划生育手术医疗费，实行限额报销，报销标准分别为：

- (一) 每例放置（取出）宫腔内节育器术，按定点医疗机构级别确定，三级 40 元，二级 36 元，一级及以下 32 元；
- (二) 皮下埋植（取出）术，每例 100 元；
- (三) 单独行输精管结扎术，每例 300 元；
- (四) 单独行输卵管结扎术，每例 2000 元；
- (五) 输精（卵）管复通术，每例 3500 元。

生育保险制度建立前的计划生育手术及并发症医疗费，两项保险基金不予支付。

**第二十条** 参加职工基本医疗保险的灵活就业人员生育的，按照本实施细则第十七条、第十八条、第十九条规定的 50% 享受生育医疗费待遇，不享受生育津贴。

**第二十一条** 参加生育保险的男职工未就业配偶按照本实施细则第十七条、第十八条、第十九条规定的 50% 享受生育医疗费待遇，不享受生育津贴。其配偶参加城乡居民基本医疗保险的，可选择按照职工生育保险生育医疗费规定的 50% 享受待遇或按照城乡居民基本医疗保险限额报销规定享受待遇。

**第二十二条** 赴港澳台和国外生育的，生育医疗费由个人负担，按本实施细则规定享受生育津贴待遇。

**第二十三条** 两项保险基金不予支付下列生育、计划生育手术医疗费用：

- (一) 治疗早孕反应及保胎的；
- (二) 因犯罪、酗酒、自伤、他伤造成妊娠终止的；
- (三) 属于新生儿的；
- (四) 因医疗事故所致的；
- (五) 在国外或者香港、澳门特别行政区以及台湾地区生育和实施计划生育的；
- (六) 不属于基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录和医疗服务设施及收费标准目录规定项目的；
- (七) 其他应当由个人负担的。

**第二十四条** 参加生育保险的职工因生育、终止妊娠出现合

并症或并发症的合规医疗费用，按职工基本医疗保险有关规定执行。

## 第六章 就医管理与医疗费结算

**第二十五条** 职工生育及计划生育手术就医实行定点医疗办法，职工生育应在本市设置有产科的基本医保定点医疗机构就医；职工计划生育相关项目应在本市定点妇幼保健计划生育服务机构或具有计划生育服务资质的医保定点医疗机构就医，就医应出示社会保障卡（医保码）和相关手续。医疗机构应对女职工生育、计划生育医疗单独管理，提供生育或计划生育医疗服务时应执行基本医保药品目录、诊疗项目目录和医疗服务设施及收费标准目录的有关规定。

**第二十六条** 职工生育医疗费按照规定在定点医疗机构出院即时结算，生育医疗费中应由个人负担的，由本人现金或基本医保个人账户结算，应由两项保险统筹基金支付的由定点医疗机构记账结算；不能即时结算的，先由本人全额现金垫付，出院后凭相关材料到经办机构按规定报销。定点医疗机构应合理诊疗，控制生育医疗费不合理增长。

**第二十七条** 常驻外地女职工生育及职工计划生育手术，应到本人驻地选择有产科的基本医保定点医疗机构就医，医疗费先由个人垫付，治疗终结后，凭相关材料办理医疗费申报手续。

**第二十八条** 女职工因特殊原因在异地流产或生育的，应选

择有产科的基本医保定点医疗机构住院就医，发生的医疗费先由个人垫付，治疗终结后，凭相关材料办理医疗费申报手续。

**第二十九条** 男职工未就业配偶生育或计划生育手术应在当地乡镇及以上医保定点医疗机构就医，医疗费先由个人垫付，治疗终结后，由男职工所在单位为其办理医疗费申报手续。

**第三十条** 在非医保定点医疗机构生育或计划生育产生的医疗费用，两项保险基金不予支付。

**第三十一条** 计划生育手术并发症直接按照职工基本医疗保险的规定支付。

## 第七章 待遇申报与费用拨付

**第三十二条** 职工全额垫付的生育医疗费（含计划生育手术）及申报生育津贴待遇，在治疗终结后，凭以下资料向经办机构及时申请报销。

1. 住院医疗费收据或门诊医疗费收据；
2. 出院记录或门诊病历记录；
3. 费用明细。

**第三十三条** 女职工因特殊原因在非参保地发生的住院生育医疗费，除需提供第三十二条资料外，还需提供住院病案首页。

**第三十四条** 男职工未就业配偶报销生育医疗费（含计划生育手术），除需提供第三十二条资料外，还需提供未就业个人承诺。

**第三十五条** 对于生育保险待遇，各级医保经办机构应及时审核，支付给职工本人。

## 第八章 基金管理

**第三十六条** 两项保险合并实施前，仍执行原政策不变。合并实施后，不再单列生育保险基金收入，在职工基本医疗保险统筹基金待遇支出中设置生育待遇支出项目。要严格执行社会保险基金财务制度和会计制度，加强对基金的管理和监督，建立健全基金风险预警机制，科学设定风险阈值，防范基金风险和转嫁风险，提高基金使用效率，确保基金安全运行。

## 第九章 部门职责

**第三十七条** 市医疗保障行政部门负责职工基本医疗和生育保险政策规定的制订及贯彻落实；负责职工基本医疗和生育保险政策和规定执行情况的监督检查。县（市、区）医疗保障行政部负责本辖区职工基本医疗和生育保险政策的贯彻落实；负责本辖区职工基本医疗和生育保险政策规定执行情况的监督检查。

**第三十八条** 各级医保经办机构负责职工基本医疗和生育保险参保登记，个人权益记录、待遇支付等工作。

市级经办机构负责对各县（市、区）经办工作的指导、培训、评估和稽查。

**第三十九条** 财政部门依法审核职工基本医疗保险（含生育

保险)基金预决算、规范财政专户核算,负责向医保经办机构划拨基本医疗和生育保险医疗费结算资金。

税务部门负责征收职工基本医疗和生育保险两项保险费。

卫健部门负责加强各级医疗机构建设,规范医疗机构诊疗行为,合理制定分级诊疗规范、流程等其他工作。

**第四十条** 定点医药机构按照政策规定承办医药服务、生育保险服务、及时上传就医信息、配合经办机构监督检查等工作。

## 第十章 法律责任

**第四十一条** 经办机构、定点医药机构、用人单位、参保个人等违反《中华人民共和国社会保险法》的,按照有关规定处理。

## 第十一章 附 则

**第四十二条** 本实施细则涉及的生育保险统筹项目及保障水平,国家、省有新规定的,按国家、省规定执行。

**第四十三条** 本实施细则自2025年1月1日起实施,石家庄市医疗保障局、石家庄市财政局、石家庄市卫生健康委、国家税务总局石家庄市税务局负责解释。本细则未明确的,仍执行原有政策规定不变,原规定与本实施细则不一致的,以本细则为准。

