

广东省总工会办公室文件

粤工办〔2025〕24号

关于进一步加强职工互助保障工作的通知

各地级以上市总工会，省级产业工会，省直机关工会，中央驻穗有关单位和省属（集团）公司及有关厅（局）工会，省总各部门、各所属单位：

为深入贯彻习近平总书记在庆祝中华全国总工会成立100周年暨全国劳动模范和先进工作者表彰大会上的重要讲话精神，落实省委“1310”具体部署和全总“559”工作部署，努力提升我省职工互助保障工作的管理效能和服务水平，充分发挥职工互助保障事业在服务职工、改善民生、促进社会和谐稳定中的积极作用，现就进一步加强我省职工互助保障工作通知如下：

一、提高政治站位，充分认识新时期加强职工互助保障工作的重要意义

各级工会要充分认识新时期加强职工互助保障工作的重要

性和紧迫性，将其摆在工会工作更加突出的位置，切实抓紧抓好、抓出成效。

（一）加强职工互助保障工作，是深入学习贯彻习近平新时代中国特色社会主义思想的必然要求。在推进中国式现代化的新征程中，做好职工互助保障工作，是工会组织深入践行习近平新时代中国特色社会主义思想的具体行动，是在推进共同富裕中贡献工会力量的有效途径。通过开展广泛覆盖、公平可得、保障有效的职工互助保障服务，有助于织密扎牢民生安全网，进一步提升广大职工的获得感、幸福感和安全感。

（二）加强职工互助保障工作，是履行工会基本职责的内在要求。开展职工互助保障活动是工会组织为职工办实事、解难事、做好事的生动体现，是工会组织贯彻落实全面深化改革和体现工运主题的具体实践，切实体现了新时代广东工会服务职工群众的使命担当，对于增强工会组织的吸引力、凝聚力、战斗力具有重要的作用。

（三）加强职工互助保障工作，是满足职工多元化保障需求的现实需要。在现有社会保障体系基础上，职工互助保障以其非营利性、非强制性、经济实惠性、多重保障性等特点，为职工提供了针对性强、覆盖广泛的医疗保障服务，能有效减轻职工在遭遇重大疾病和意外伤害时的医疗负担和经济压力，提升职工的生活品质，体现工人阶级互助互济、团结友爱的优良传统。

二、明确重点任务，努力推动职工互助保障事业提质扩面增效

全省职工互助保障工作要坚持专业化、品牌化的发展方向，以高质量发展为目标，以职工需求为导向，以制度创新为动力，以服

务优化为保障，着力构建普惠、精准、便捷、高效的运行机制。

（一）优化升级保障项目。以“住院+重疾+意外”三位一体的基础保障为核心，不断丰富保障内容，增强保障力度，满足职工多样化的保障需求。省总工会已对广东省职工互助保障计划进行升级优化，进一步扩大参保对象范围，延长报案期，扩增保障范围，优化赔付标准和提高保障待遇，综合保障水平显著提升。广东省职工互助保障计划（2025年版）将于2025年7月1日起正式实施（详见附件1-7）。各级工会要做好各项职工互助保障计划的宣传推广工作，切实推动职工互助保障计划惠及更多职工。

（二）扩大重点群体覆盖面。加大产业工人、新就业形态劳动者、农民工等群体的互助保障服务力度，分类落实参保政策，开发专属保障产品，优先解决职业伤害保障问题，努力将更多的重点群体职工纳入职工互助保障范围，实现应保尽保、应助尽助。

（三）推进数智赋能。加快职工互助保障数智化转型升级，利用大数据、人工智能等信息技术优化保障服务，实现业务全流程“线上办”和互助金“免审即享”，为职工提供更及时、更精准、更便捷的服务，提高职工的体验感和满意度。广东省职工互助保障信息系统已完成升级改造，将于2025年7月1日起上线试运行，新信息系统将实现职工互助保障数据与医保数据对接共享。各级工会要充分依托新信息系统，努力提升职工互助保障服务质效。

（四）强化品牌塑造。充分依托社会主流媒体和工会融媒体，广泛宣传职工互助保障活动的保障特色和政策优势，努力叫响做实职工医疗互助品牌。通过宣传典型案例、举办经验交流会等形

式，引导广大职工树立互助互济意识，积极参与职工互助保障活动。

（五）构建风险防控体系。统筹发展与安全，按照“统一监管、分级管理”的原则，压实各级工会对职工互助保障组织的管理责任，努力构建“横向到边、纵向到底”的监管体系，全面强化组织监管、行为监管、持续监管。完善职工互助保障收支通报机制，增强主动风险防控能力。健全风控管理机制，有效开展风险测算和评估工作，通过信息化手段实施风险预警，稳妥有序防范和化解风险。

三、强化组织保障，确保职工互助保障各项工作任务落细落实

职工互助保障工作的顺利推进与有效实施，关键在于强有力的组织保障和高效的执行落实。

（一）加强组织领导。各级工会要将职工互助保障工作纳入年度重点工作进行谋划和部署，把这项工作作为全会的重要工作来抓。鼓励各级工会加大对职工互助保障工作的经费投入，为工作的开展提供有力保障。

（二）强化队伍建设。配齐配强职工互助保障专业人员队伍，充实基层工作力量，确保及时响应职工需求。定期组织开展业务培训，强化政策解读与服务技能，打造专业化服务团队，提升职工互助保障工作效能。

（三）规范资金管理。职工互助保障活动参保资金可按《广东省基层工会经费收支管理实施细则》（粤工总〔2025〕1号）规定从工会经费中列支，还可以从职工福利费、职工个人缴费等多个渠道筹集。职工互助保障资金必须专户储存、专账管理、专款

专用，不得截留、挪用、滞缴。

（四）争取党政支持。积极争取党政的重视和支持，从人力、物力、财力等方面为职工互助保障工作的开展创造有利条件。加强与民政、人社、医保、财政等相关部门的协作联动，及时掌握职工的医疗费用支出、困难救助等情况，为精准开展职工互助保障工作提供数据支持。

（五）加强监督检查。各级工会要加强职工互助保障组织的监督管理，定期对职工互助保障组织运营状况进行评估。建立健全监督审计制度，将职工互助保障活动资金管理情况、偿付能力状况等列入重点监督检查范围。

附件：1. 广东省职工互助保障计划调整说明

2. 广东省在职职工重大疾病互助保障计划（2025 年版）
3. 广东省在职女职工安康互助保障计划（2025 年版）
4. 广东省在职职工住院医保补充互助保障计划（2025 年版）
5. 广东省在职职工住院自费补贴互助保障计划（2025 年版）
6. 广东省在职职工住院津贴互助保障计划（2025 年版）
7. 广东省在职职工意外伤害互助保障计划（2025 年版）



附件 1

广东省职工互助保障计划调整说明

一、调整保障计划种类。保障计划围绕重疾、住院和意外等三种类型进行调整，由原“四项六种”调整为“五项六种”。

二、变更保障计划名称。根据保障计划的特点，将“广东省在职职工医疗互助保障计划”（甲、乙种版）更名为“广东省在职职工重大疾病互助保障计划”，“广东省在职女职工安康互助保障计划”（甲、乙种版）更名为“广东省在职女职工安康互助保障计划”，“广东省在职职工住院医疗综合互助保障计划”更名为“广东省在职职工住院医保补充互助保障计划”。增设“广东省在职职工住院自费补贴互助保障计划”和“广东省在职职工意外伤害互助保障计划”。“广东省在职职工住院津贴互助保障计划”名称暂不作调整。

三、扩大参保对象范围。调整后的各项保障计划均适用于全省在职职工参保，不再设定外来务工人员保障计划，让广大职工享受公平的保障待遇。

四、调整保费和保障期。在科学测算的基础上，结合广东省业务推广、业务承接、风险兜底等实际情况，并横向比较兄弟省市互助保障组织的保费保额标准，对保障计划进行重新定价。同时，为加快资金流转，有效控制赔付风险，各项保障计划保障期均统一设定为 1 年。重疾保障计划保费由 80 元/份（3 年）调整成两种类型：A 型为 40 元/份（1 年）、B 型为 100 元/份（1 年），

最高参保份额由 5 份调整为 3 份。女性重疾保障计划保费从 55 元/份（3 年）调整为 30 元/份（1 年），最高仍可参保 3 份。住院保障计划拆分为住院医保补充保障计划和住院自费补贴保障计划，保费均为 95 元/人（1 年），保费与原住院保障计划持平。新增设的意外伤害保障计划保费为 25 元/份（1 年），高危工种保费则为 30 元/份（1 年），最高可参保 3 份。住院津贴保障计划保费仍为 80 元/人（1 年）。

五、调整参保比例。重疾、住院、意外等保障计划参保比例统一调整为 80%，10 人及以下人数的单位参保比例均须达到 100%，女性重疾保障计划参保比例调整为 60%，且一个单位只能选择一个参保份额。通过调整参保比例，充分运用“大数法则”，有效防范“逆向选择”。

六、扩增保障范围。参考保险行业重疾病种目录，重疾保障计划保障病种从 7 种扩增至 35 种，即罕见重疾 4 种、普通重疾 28 种、轻症重疾 3 种。女性重疾保障计划保障病种从 5 种扩增至 7 种 2 类，即重度恶性肿瘤 7 种、轻度恶性肿瘤 2 类，基本覆盖女性所有特定器官的恶性肿瘤。住院类保障计划既可以报销医保范围内个人自付部分，又可以报销个人自费部分。住院津贴保障计划保障范围从“因病住院”调整为“因病、意外事故住院”。

七、优化赔付标准。分级设置赔付标准，倾斜重疾职工，加大对罕见重疾的赔付力度，适当降低原位癌、轻度恶性肿瘤等轻症类重疾的赔付标准。

八、提高保障待遇。重疾保障计划最高赔付金额从 5 万元提高到 7.8 万元或 19.5 万元，女性重疾保障计划最高赔付金额从

4.5 万元提高到 5.4 万元。住院医保补充保障计划从个人自付部分“第一次报 80%，第二次报 70%”调整为“两次均报 80%”，最高赔付 17.3 万元（以广州市为例）。新增的住院自费补贴保障计划按个人自费部分报 50%，最高赔付 0.8 万元。新增的意外伤害保障计划最高赔付 6.54 万元。住院津贴保障计划最高赔付金额仍为 1.08 万元。调整后，各项保障计划赔付金叠加最高可达到 50.62 万元，综合保障水平显著提升。

九、调整报案期。为最大限度维护职工保障权益，参考商业保险公司现行做法，将各项保障计划的报案期统一由 1 年调整为 2 年。

附件 2

广东省在职职工重大疾病互助保障计划

(2025 年版)

为缓解职工因重大疾病导致的经济压力，切实减轻职工的经济负担，广东省职工保障互助会（以下简称“本会”）特制定《广东省在职职工重大疾病互助保障计划》（以下简称“本计划”）。

第一条 保障对象

凡未达到法定退休年龄，身体健康且能正常参加所在单位工作的在职职工（不含已办理退休手续的返聘人员），均可参加本计划。

第二条 保障条件

（一）参保前未患有本计划第七条所规定的罕见重疾或普通重疾，且在本计划实施前，未在本会领取本计划第七条所规定的轻症重疾范围内互助金的在职职工。对“广东省在职职工医疗互助保障计划甲、乙种版”在保到期职工，如其已患本计划第七条所规定的罕见重疾或普通重疾疾病（除“广东省在职职工医疗互助保障计划甲、乙种版”所规定 7 种重大疾病外）的可办理续保，但不承担已患罕见重疾或普通重疾疾病的保障责任。

（二）参加本计划必须集体参保。同一单位参保人数不得低于该单位全部职工人数的 80%，职工人数少于等于 10 人的单位必须 100% 参加。

第三条 保费

参保单位可在以下两种类型中任选一种参加：

A 型：参保保费每份 40 元，每人最高可参保 3 份。

B 型：参保保费每份 100 元，每人最高可参保 3 份。

第四条 保障期和免责期

本计划保障期为一年。自参保单位缴纳保费并交齐符合要求参保材料后的次日零时起，至保障期满日二十四时止。首次参保须执行 60 天的免责期。

第五条 参保要求

（一）参保手续由所在单位或工会办理。参保单位原则上每年只能办理一次参保手续，同一保障期内不可新增人员。如有特殊情况需新增人员（含新入职或因工作原因新调入的），可提供证明材料追加参保。新增人员按该单位当期保费标准全额缴纳，保障期自参保单位缴纳保费并交齐符合要求参保材料后的次日零时起，至保障期满日二十四时止，新增人员仍需执行 60 天免责期。

（二）参保单位须根据实际情况，选定同一类型同一份数参保，保障期满续保时，方可调整类型和份数。

（三）保障期内，被保障人只允许参保本计划一次，不得重复参保。

（四）本计划一经生效中途不得退出。

（五）参保单位应提供参加本计划的人员名单，包括：姓名、身份证号码、手机号码等基本身份信息，被保障人及所在单位应对提供的信息真实性负责，若提供信息有误，由此造成的相关责

任由被保障人及所在单位承担。

第六条 参保资金

本计划的参保保费，按规定可从工会经费、职工福利费、职工个人交费等多个渠道筹集。

第七条 保障范围和保障待遇

（一）保障范围

本计划保障范围包括三十五种疾病，包括四种罕见重疾，二十八种普通重疾和三种轻症重疾，具体如下：

1. 罕见重疾（四种）

- （1）黏多糖贮积症（I 型 II 型 IVa 型）；
- （2）戈谢病；
- （3）糖原累积病（庞贝病）；
- （4）法布雷病。

2. 普通重疾（二十八种）

- （1）恶性肿瘤-重度；
- （2）较重急性心肌梗死；
- （3）严重脑中风后遗症；
- （4）重大器官移植术或造血干细胞移植术；
- （5）冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）；
- （6）严重慢性肾衰竭；
- （7）多个肢体缺失；
- （8）急性重症肝炎或亚急性重症肝炎；
- （9）严重非恶性颅内肿瘤；
- （10）严重慢性肝衰竭；

- (11) 严重脑炎后遗症或严重脑膜炎后遗症；
- (12) 深度昏迷；
- (13) 双耳失聪；
- (14) 双目失明；
- (15) 瘫痪；
- (16) 心脏瓣膜手术；
- (17) 严重阿尔茨海默病；
- (18) 严重脑损伤；
- (19) 严重原发性帕金森病；
- (20) 严重III度烧伤；
- (21) 严重特发性肺动脉高压；
- (22) 严重运动神经元病；
- (23) 语言能力丧失；
- (24) 重型再生障碍性贫血；
- (25) 主动脉手术；
- (26) 严重慢性呼吸衰竭；
- (27) 严重克罗恩病；
- (28) 严重溃疡性结肠炎。

3. 轻症重疾（三种）

- (1) 原位癌；
- (2) 特定肿瘤；
- (3) 恶性肿瘤--轻度。

（二）保障待遇

被保障人因意外事故，或免责期后因非意外事故，首次确诊

本计划规定的三十五种疾病，本计划根据以下约定给付互助金。

1. 罕见重疾

A 型：每份互助金为 2.4 万元，最高互助金为 7.2 万元。

B 型：每份互助金为 6 万元，最高互助金为 18 万元。

2. 普通重疾

A 型：每份互助金为 1.2 万元，最高互助金为 3.6 万元。

B 型：每份互助金为 3 万元，最高互助金为 9 万元。

3. 轻症重疾

A 型：每份互助金为 0.2 万元，最高互助金为 0.6 万元。

B 型：每份互助金为 0.5 万元，最高互助金为 1.5 万元。

第八条 保障责任

（一）被保障人因意外事故，或免责期后因非意外事故，经广东省内国家认定的二级或二级以上医疗机构（不包括康复医院、疗养院、联合病房等类似医疗机构）首次确诊患有本计划规定的三十五种疾病之一或以上的，可申请重疾互助金。

（二）免责期内，被保障人确诊本计划所指罕见重疾或普通重疾的，可申请患病慰问金，并按照参保份数领取，标准为 A 型每份 600 元，B 型每份 1000 元。患病慰问金领取后，本计划保障责任全部终止。

（三）免责期内，被保障人确诊本计划所指轻症重疾的，本会不承担患病慰问金给付责任，同时轻症重疾保障责任终止，但不影响本计划所指罕见重疾和普通重疾的保障责任，罕见重疾和普通重疾保障责任继续有效。

（四）免责期后，被保障人确诊本计划所指罕见重疾或普通

重疾中一种以上的，以确诊疾病中保额较高的一种给付互助金，互助金一次性给付后，本计划保障责任全部终止。

（五）免责期后，被保障人确诊本计划所指轻症重疾中一种以上的，轻症重疾互助金的给付以其中一种疾病为限，轻症重疾互助金给付后，轻症重疾保障责任全部终止，但不影响本计划所指罕见重疾和普通重疾的保障责任，罕见重疾和普通重疾保障责任继续有效。

（六）被保障人自被确诊患有本计划第七条所指疾病之日起，超过两年未向本会提出申领手续的，将视作自动放弃互助金的给付，本计划保障责任自行终止。

（七）保障期满后保障责任自行终止，保费不予退还。

第九条 续保

（一）被保障人在保障期满前 30 天内办理续保手续的，可取消 60 天的免责期。保障期满后办理参保手续的视作首次参保，须执行 60 天的免责期。

（二）续保时同类型增加参保份数的，新增份数部分视作首次参保，须执行 60 天的免责期。续保时调整类型的，保额增加部分视作首次参保，须执行 60 天的免责期。

（三）已领取了轻症重疾互助金且未领取罕见重疾或普通重疾互助金的被保障人，不影响续保，但续保后不再承担轻症重疾保障责任。

（四）已领取了罕见重疾或普通重疾互助金，或患病慰问金的被保障人，不得再办理参保。

第十条 除外责任

有下列情况之一者，本会将不承担给付互助金的责任：

（一）被保障人在参保前曾患或已患本计划所指的三十五种疾病其中一种或一种以上者（曾患或已患本计划第七条所指三种轻症重疾的，轻症重疾责任除外，不影响罕见重疾和普通重疾的互助金申领）。

（二）被保障人于免责期内确诊本计划第七条所指的三十五种疾病者。

（三）被保障人在首次参保或续保时，已达到法定退休年龄或已办理退休手续（符合保障对象的职工除外）。

（四）参保单位或被保障人有隐瞒病史、伪造或篡改病史以及其他各种欺瞒、作弊行为。

（五）被保障人因战争、军事行动、暴乱、核辐射所致本计划第六条所指的疾病。

（六）被保障人故意自伤、故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施的。

（七）被保障人服用、吸食或注射毒品或未遵医嘱使用管制药品的。

（八）被保障人酒后驾车、无有效驾驶执照驾驶、驾驶无有效行驶证或者驾驶与驾照不符的机动车辆。

（九）被保障人感染艾滋病病毒或患艾滋病期间发生事故的（本计划约定的经输血、因职业关系、因器官移植导致的艾滋病病毒感染或患艾滋病除外）。

（十）被保障人在广东省境外医疗机构或非广东省内国家认

定的二级或二级以上医疗机构确诊的。

(十一) 医疗误诊：指医疗机构及其医务人员在医疗活动中，违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规，过失造成被保障人人身损害的事故。

发现有以上第一项至第九项情况者，保障责任自行终止。

第十一条 互助金的受领人

互助金由被保障人本人申领。若被保障人身故或丧失民事行为能力能力的由按法定继承人申领。

第十二条 互助金的申领

(一) 申领互助金由被保障人自主登录本会公众号申领并拍照上传申领所需材料。材料包括：

1. 被保障人的身份证。

2. 被保障人的银行卡或存折。

3. 被保障人同意广东省职工保障互助会前往其所治疗医院查阅及复印病案的委托书。

4. 广东省内国家认定的二级或二级以上医疗机构（不包括康复医院、疗养院、联合病房等类似医疗机构）出具的疾病诊断证明、入院记录（住院记录）、出院小结、手术报告、病理报告、血液检验等方法确诊疾病的检查检验报告单和本会认为必须提供的其它证明材料（住院病历复印件须加盖医务科或病案室印章）。

5. 被保障人身故的，需指定一名被保障人亲属（由各法定继承人授权）申领互助金，并上传：被保障人户籍管理机关的户口注销证明和医疗机构或事故处理机关出具的死亡证明；法定继承

人身份证、银行卡或存折及与被保障人的关系证明；授权委托书与受托人身份证明（适用于委托给付或受益人死亡或丧失民事行为能力）。

（二）本会在收到被保障人手续齐备的申领材料后，在 30 个工作日内经调查核实无误后，给付或拒付互助金。若遇特殊情况则在 90 个工作日内予以解决。对于不符合给付条件的，由本会出具拒付通知书。

第十三条 疾病定义

（一）罕见重疾（四种）

1. 黏多糖病贮积症（I 型 II 型 IVa 型）

黏多糖病贮积症是由于组织细胞内溶酶体酶如 1-艾杜糖苷酸酶、硫酸脂酶、N-乙酰-D-氨基葡萄糖苷酶、 α -N-乙酰转移酶、 β -半乳糖苷酶等缺陷造成黏多糖降解不全，并在溶酶体内堆聚，尿不完全代谢产物排出增加，导致软骨、结缔组织、心脏、中枢神经等功能障碍，是一组溶酶体累积病，是由于溶酶体水解酶缺陷，造成酸性黏多糖（葡萄糖氨基聚糖）降解受阻，黏多糖在体内积聚而引起一系列临床症状。

2. 戈谢病（Gauchers disease, GD）

戈谢病是溶酶体贮积病（lysosomal storage disease, LSD）中最常见的一种，为常染色体隐性遗传，戈谢病为常染色体隐性遗传，致病基因位于 1 号染色体。即位于染色体 1q21 的 GBA 基因点突变，GBA 基因可见到错义突变、剪接突变、转移突变、基因缺失、基因与假基因融合等，导致葡萄糖脑苷脂酶的催化功能和稳定性下降，使大量的葡萄糖脑苷脂在肝、脾、骨骼、肺和脑组织

的单核-巨噬细胞中蓄积，形成典型的戈谢细胞的疾病。

3. 糖原累积病（庞贝病）

糖原累积病是一类由于先天性酶缺陷所造成的糖原代谢障碍疾病，多数属常染色体隐性遗传导致。糖原合成和分解代谢中所必需的各种酶至少有 8 种，由于这些酶缺陷所造成的临床疾病有 12 型，其中 I、III、IV、VI、IX 型以肝脏病变为主；II、V、VII 型以肌肉组织受损为主。这类疾病有一个共同的生化特征，即是糖原贮存异常，绝大多数是糖原在肝脏、肌肉、肾脏等组织中贮积量增加导致肝脏、肌肉、肾脏病变的一种疾病。本计划中保障的糖原累积病为其中 I、III、IV、VI、IX 型；其他类型不属于本计划保障范围。

4. 法布雷病（Fabry）

法布雷病是一种溶酶体贮积病（ICD-10-E）。由于编码 α -半乳糖苷酶（ α -galactosidase, α -GAL）的基因突变，患者体内缺乏 α -半乳糖苷酶，使得一些脂质，特别是三己糖基神经酰胺（GL3）无法被代谢，而堆积在溶酶体内，导致各种临床症状。

（二）普通重疾（二十八种）

1. 恶性肿瘤——重度

指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其他部位，病灶经组织病理学检查（涵盖骨髓病理学检查）结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织（WHO, World Health Organization）

《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）的恶性肿瘤类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3）

的肿瘤形态学编码属于 3、6、9（恶性肿瘤）范畴的疾病。

下列疾病不在保障范围内：

（1）ICD-O-3 肿瘤形态学编码属于 0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）、2（原位癌和非侵袭性癌）范畴的疾病，如：

①原位癌，癌前病变，非浸润性癌，非侵袭性癌，肿瘤细胞未侵犯基底层，上皮内瘤变，细胞不典型性增生等；

②交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等；

（2）TNM 分期为 I 期或更轻分期的甲状腺癌；

（3）TNM 分期为 T1N0M0 期或更轻分期的前列腺癌；

（4）黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤；

（5）相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；

（6）相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；

（7）未发生淋巴结和远处转移且 WHO 分级为 G1 级别（核分裂像 $\leq 10/50$ HPF 和 ki-67 $\leq 2\%$ ）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

2. 较重急性心肌梗死

急性心肌梗死指由于冠状动脉闭塞或梗阻引起部分心肌严重的持久性缺血造成急性心肌坏死。急性心肌梗死的诊断必须依据国际国内诊断标准，符合（1）检测到肌酸激酶同工酶（CK-MB）或肌钙蛋白（cTn）升高和/或降低的动态变化，至少一次达到或超过心肌梗死的临床诊断标准；（2）同时存在下列之一的证据，包括：缺血性胸痛症状、新发生的缺血性心电图改变、新生成的

病理性 Q 波、影像学证据显示有新出现的心肌活性丧失或新出现局部室壁运动异常、冠脉造影证实存在冠状动脉血栓。

较重急性心肌梗死指依照上述标准被明确诊断为急性心肌梗死，并且必须同时满足下列至少一项条件：

（1）心肌损伤标志物肌钙蛋白（cTn）升高，至少一次检测结果达到该检验正常参考值上限的 15 倍（含）以上；

（2）肌酸激酶同工酶（CK-MB）升高，至少一次检测结果达到该检验正常参考值上限的 2 倍（含）以上；

（3）出现左心室收缩功能下降，在确诊 6 周以后，检测左室射血分数（LVEF）低于 50%（不含）；

（4）影像学检查证实存在新发的乳头肌功能失调或断裂引起的中度（含）以上的二尖瓣反流；

（5）影像学检查证实存在新出现的室壁瘤；

（6）出现室性心动过速、心室颤动或心源性休克。

其他非冠状动脉阻塞性疾病所引起的肌钙蛋白（cTn）升高不在保障范围内。

3. 严重脑中风后遗症

指因脑血管的突发病变引起脑血管出血、栓塞或梗塞，须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）等影像学检查证实，并导致神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊 180 天后，仍遗留下述至少一种障碍：

（1）一肢（含）以上肢体肌力 2 级（含）以下；

（2）语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；

（3）自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常

生活活动中的三项或三项以上。

4. 重大器官移植术或造血干细胞移植术

重大器官移植术指因相应器官功能衰竭，已经实施了肾脏、肝脏、心脏、肺脏或小肠的异体移植手术。

造血干细胞移植术指因造血功能损害或造血系统恶性肿瘤，已经实施了造血干细胞（包括骨髓造血干细胞、外周血造血干细胞和脐血造血干细胞）的移植手术。

5. 冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）

指为治疗严重的冠心病，已经实施了切开心包进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。

所有未切开心包的冠状动脉介入治疗不在保障范围内。

6. 严重慢性肾衰竭

指双肾功能慢性不可逆性衰竭，依据肾脏病预后质量倡议（K/DOQI）制定的指南，分期达到慢性肾脏病 5 期，且经诊断后已经进行了至少 90 天的规律性透析治疗。规律性透析是指每周进行血液透析或每天进行腹膜透析。

7. 多个肢体缺失

指因疾病或意外伤害导致两个或两个以上肢体自腕关节或踝关节近端（靠近躯干端）以上完全性断离。

8. 急性重症肝炎或亚急性重症肝炎

指因肝炎病毒感染引起肝脏组织弥漫性坏死，导致急性肝功能衰竭，且经血清学或病毒学检查证实，并须满足下列全部条件：

（1）重度黄疸或黄疸迅速加重；

（2）肝性脑病；

(3) B 超或其他影像学检查显示肝脏体积急速萎缩；

(4) 肝功能指标进行性恶化。

9. 严重非恶性颅内肿瘤

指起源于脑、脑神经、脑被膜的非恶性肿瘤，ICD-O-3 肿瘤形态学编码属于 0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）范畴，并已经引起颅内压升高或神经系统功能损害，出现视乳头水肿或视觉受损、听觉受损、面部或肢体瘫痪、癫痫等，须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，且须满足下列至少一项条件：

(1) 已经实施了开颅进行的颅内肿瘤完全或部分切除手术；

(2) 已经实施了针对颅内肿瘤的放射治疗，如 γ 刀、质子重离子治疗等。

下列疾病不在保障范围内：

(1) 脑垂体瘤；

(2) 脑囊肿；

(3) 颅内血管性疾病（如脑动脉瘤、脑动静脉畸形、海绵状血管瘤、毛细血管扩张症等）。

10. 严重慢性肝衰竭

指因慢性肝脏疾病导致的肝衰竭，且须满足下列全部条件：

(1) 持续性黄疸；

(2) 腹水；

(3) 肝性脑病；

(4) 充血性脾肿大伴脾功能亢进或食管胃底静脉曲张。

因酗酒或药物滥用导致的肝衰竭不在保障范围内。

11. 严重脑炎后遗症或严重脑膜炎后遗症

指因患脑炎或脑膜炎导致的神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍,指经相关专科医生确诊疾病180天后,仍遗留下列至少一种障碍:

(1) 一肢(含)以上肢体肌力2级(含)以下;

(2) 语言能力完全丧失,或严重咀嚼吞咽功能障碍;

(3) 由具有评估资格的专科医生根据临床痴呆评定量表(CDR, Clinical Dementia Rating)评估结果为3分;

(4) 自主生活能力完全丧失,无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

12. 深度昏迷

指因疾病或意外伤害导致意识丧失,对外界刺激和体内需求均无反应,昏迷程度按照格拉斯哥昏迷分级(GCS, Glasgow Coma Scale)结果为5分或5分以下,且已经持续使用呼吸机及其他生命维持系统96小时以上。

因酗酒或药物滥用导致的深度昏迷不在保障范围内。

13. 双耳失聪

指因疾病或意外伤害导致双耳听力永久不可逆性丧失,在500赫兹、1000赫兹和2000赫兹语音频率下,平均听阈大于等于91分贝,且经纯音听力测试、声导抗检测或听觉诱发电位检测等证实。

14. 双目失明

指因疾病或意外伤害导致双眼视力永久不可逆性丧失,双眼中较好眼须满足下列至少一项条件:

(1) 眼球缺失或摘除；

(2) 矫正视力低于 0.02（采用国际标准视力表，如果使用其他视力表应进行换算）；

(3) 视野半径小于 5 度。

15. 瘫痪

指因疾病或意外伤害导致两肢或两肢以上肢体随意运动功能永久完全丧失。肢体随意运动功能永久完全丧失，指疾病确诊 180 天后或意外伤害发生 180 天后，每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或肢体肌力在 2 级（含）以下。

16. 心脏瓣膜手术

指为治疗心脏瓣膜疾病，已经实施了切开心脏进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。

所有未切开心脏的心脏瓣膜介入手术不在保障范围内。

17. 严重阿尔茨海默病

指因大脑进行性、不可逆性改变导致智能严重衰退或丧失，临床表现为严重的认知功能障碍、精神行为异常和社交能力减退等，其日常生活必须持续受到他人监护。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，并经相关专科医生确诊，且须满足下列至少一项条件：

(1) 由具有评估资格的专科医生根据临床痴呆评定量表（CDR, Clinical Dementia Rating）评估结果为 3 分；

(2) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

阿尔茨海默病之外的其他类型痴呆不在保障范围内。

18. 严重脑损伤

指因头部遭受机械性外力，引起脑重要部位损伤，导致神经系统永久性的功能障碍。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实。神经系统永久性的功能障碍，指脑损伤 180 天后，仍遗留下述至少一种障碍：

（1）一肢（含）以上肢体肌力 2 级（含）以下；

（2）语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；

（3）自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

19. 严重原发性帕金森病

是一种中枢神经系统的退行性疾病，临床表现为运动迟缓、静止性震颤或肌强直等，经相关专科医生确诊，且须满足自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

继发性帕金森综合征、帕金森叠加综合征不在保障范围内。

20. 严重Ⅲ度烧伤

指烧伤程度为Ⅲ度，且Ⅲ度烧伤的面积达到全身体表面积的 20% 或 20% 以上。体表面积根据《中国新九分法》计算。

21. 严重特发性肺动脉高压

指不明原因的肺动脉压力持续性增高，进行性发展而导致的慢性疾病，已经造成永久不可逆性的体力活动能力受限，达到美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级 IV 级，且静息状态下肺动脉平均压在 36mmHg（含）

以上。

22. 严重运动神经元病

是一组中枢神经系统运动神经元的进行性变性疾病，包括进行性脊肌萎缩症、进行性延髓麻痹症、原发性侧索硬化症、肌萎缩性侧索硬化症，经相关专科医生确诊，且须满足下列至少一项条件：

（1）严重咀嚼吞咽功能障碍；

（2）呼吸肌麻痹导致严重呼吸困难，且已经持续使用呼吸机 7 天（含）以上；

（3）自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

23. 语言能力丧失

指因疾病或意外伤害导致语言能力完全丧失，经过积极治疗至少 12 个月（声带完全切除不受此时间限制），仍无法通过现有医疗手段恢复。

精神心理因素所致的语言能力丧失不在保障范围内。

24. 重型再生障碍性贫血

指因骨髓造血功能慢性持续性衰竭导致的贫血、中性粒细胞减少及血小板减少，且须满足下列全部条件：

（1）骨髓穿刺检查或骨髓活检结果支持诊断：骨髓细胞增生程度＜正常的 25%；如≥正常的 25%但＜50%，则残存的造血细胞应＜30%；

（2）外周血象须具备以下三项条件中的两项：

①中性粒细胞绝对值＜ $0.5 \times 10^9/L$ ；

②网织红细胞计数 $<20\times 10^9/L$;

③血小板绝对值 $<20\times 10^9/L$ 。

25. 主动脉手术

指为治疗主动脉疾病或主动脉创伤，已经实施了开胸（含胸腔镜下）或开腹（含腹腔镜下）进行的切除、置换、修补病损主动脉血管、主动脉创伤后修复的手术。主动脉指升主动脉、主动脉弓和降主动脉（含胸主动脉和腹主动脉），不包括升主动脉、主动脉弓和降主动脉的分支血管。

所有未实施开胸或开腹的动脉内介入治疗不在保障范围内。

26. 严重慢性呼吸衰竭

指因慢性呼吸系统疾病导致永久不可逆性的呼吸衰竭，经过积极治疗 180 天后满足以下所有条件：

（1）静息时出现呼吸困难；

（2）肺功能第一秒用力呼气容积（FEV1）占预计值的百分比 $<30\%$ ；

（3）在静息状态、呼吸空气条件下，动脉血氧分压（PaO₂） $<50\text{mmHg}$ 。

27. 严重克罗恩病

指一种慢性肉芽肿性肠炎，具有特征性的克罗恩病（Crohn 病）病理组织学变化，须根据组织病理学特点诊断，且已经造成瘘管形成并伴有肠梗阻或肠穿孔。

28. 严重溃疡性结肠炎

指伴有致命性电解质紊乱的急性暴发性溃疡性结肠炎，病变已经累及全结肠，表现为严重的血便和系统性症状体征，须根据

组织病理学特点诊断，且已经实施了结肠切除或回肠造瘘术。

（三）轻症重疾（三种）

1. 原位癌

原位癌指恶性细胞局限于上皮内尚未穿破基底膜浸润周围正常组织的癌细胞新生物。原位癌必须经对固定活组织的组织病理学检查明确诊断。被保障人必须已经接受了针对原位癌病灶的积极治疗。

2. 特定肿瘤

被保障人因意外伤害或于免责期后因意外伤害以外的原因经医院的专科医生确诊首次患有下列特定肿瘤疾病，且在医院接受住院治疗并实施了特定肿瘤切除术。

特定肿瘤如下：

交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤；

脑垂体瘤、脑囊肿、脑动脉瘤及血管瘤。

3. 恶性肿瘤——轻度

指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其他部位，病灶经组织病理学检查（涵盖骨髓病理学检查）结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织（WHO，World Health Organization）

《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）的恶性肿瘤类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3）的肿瘤形态学编码属于3、6、9（恶性肿瘤）范畴，但不在“恶性肿瘤——重度”保障范围的疾病。且特指下列六项之一：

- (1) TNM 分期为 I 期的甲状腺癌；
- (2) TNM 分期为 T1N0M0 期的前列腺癌；
- (3) 黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤；
- (4) 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；
- (5) 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；
- (6) 未发生淋巴结和远处转移且 WHO 分级为 G1 级别（核分裂像 $\leq 10/50\text{HPF}$ 和 $\text{ki-67} \leq 2\%$ ）的神经内分泌肿瘤。

下列疾病不属于“恶性肿瘤——轻度”，不在保障范围内：

ICD-0-3 肿瘤形态学编码属于 0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）、2（原位癌和非侵袭性癌）范畴的疾病，如：

- a. 原位癌，癌前病变，非浸润性癌，非侵袭性癌，肿瘤细胞未侵犯基底层，上皮内瘤变，细胞不典型性增生等；
- b. 交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等。

第十四条 其它约定事项

（一）本会对参保保费实行专项核算，保费的运作、结算和管理受本会理事会领导，并接受本会监事会监督。

（二）为维护被保障人权益，本计划随社会经济发展状况及国家有关政策变化将进行适当调整。

（三）对本计划执行中有关内容发生争议，由本会理事会进行最终裁定。

（四）本计划自二〇二五年七月一日起执行。

广东省在职女职工安康互助保障计划

(2025 年版)

为缓解职工因重大疾病导致的经济压力，切实减轻职工的经济负担，广东省职工保障互助会（以下简称“本会”）特制定《广东省在职女职工安康互助保障计划》（以下简称“本计划”）。

第一条 保障对象

凡未达到法定退休年龄，身体健康且能正常参加所在单位工作的在职女职工（不含已办理退休手续的返聘人员），均可参加本计划。

第二条 保障条件

（一）参保前未患有本计划第七条所规定的重度恶性肿瘤和其它各种癌症，且在本计划实施前，未在本会领取本计划第七条所规定的轻度恶性肿瘤范围内互助金的在职女职工。

（二）参加本计划必须集体参保。同一单位参保女职工人数不得低于 60%。

第三条 保费

本计划参保保费每份 30 元，每人最高可参保 3 份。

第四条 保障期和免责期

本计划保障期为一年。自参保单位缴纳保费并交齐符合要求参保材料后的次日零时起，至保障期满日二十四时止。首次参保须执行 60 天的免责期。

第五条 参保要求

（一）参保手续由所在单位或工会办理。参保单位原则上每年只能办理一次参保手续，同一保障期内不可新增人员。如有特殊情况需新增人员（含新入职或因工作原因新调入的），可提供证明材料追加参保。新增人员按该单位当期保费标准全额缴纳，保障期自参保单位缴纳保费并交齐符合要求参保材料后的次日零时起，至保障期满日二十四时止，新增人员仍需执行 60 天免责期。

（二）参保单位须根据实际情况，选定同一份数参保，保障期满续保时，方可调整参保份数。

（三）保障期内，被保障人只允许参保本计划一次，不得重复参保。

（四）本计划一经生效中途不得退出。

（五）参保单位应提供参加本计划的人员名单，包括：姓名、身份证号码、手机号码等基本身份信息，被保障人及所在单位应对提供的信息真实性负责，若提供信息有误，由此造成的相关责任由被保障人及所在单位承担。

第六条 参保资金

本计划的参保保费，按规定可从工会经费、职工福利费、职工个人交费等多个渠道筹集。

第七条 保障范围和保障待遇

（一）保障范围

本计划保障范围包括重度恶性肿瘤和轻度恶性肿瘤，具体如下：

重度恶性肿瘤：女性原发性乳腺、子宫、宫颈、卵巢、输卵管、阴道和外阴的恶性肿瘤。

轻度恶性肿瘤：女性乳腺、子宫、宫颈、卵巢、输卵管、阴道和外阴的原位癌、交界性肿瘤。

（二）保障待遇

重度恶性肿瘤：每份互助金为 15000 元，最高互助金为 45000 元。

轻度恶性肿瘤：每份互助金为 3000 元，最高互助金为 9000 元。

第八条 保障责任

（一）免责期后，被保障人因非意外事故经广东省内国家认定的二级或二级以上医疗机构（不包括康复医院、疗养院、联合病房等类似医疗机构）首次确诊患有本计划规定的恶性肿瘤之一或以上的，可申请互助金。

（二）免责期内，被保障人确诊本计划所指重度恶性肿瘤的，可申请患病慰问金，并按照参保份数领取，标准为每份 500 元。患病慰问金领取后，本计划保障责任全部终止。

（三）免责期内，被保障人确诊本计划所指轻度恶性肿瘤的，本会不承担患病慰问金给付责任，同时轻度恶性肿瘤保障责任终止，但不影响本计划所指重度恶性肿瘤的保障责任，重度恶性肿瘤保障责任继续有效。

（四）免责期后，被保障人确诊本计划所指重度恶性肿瘤中一种以上的，互助金的给付以其中一种疾病为限，互助金一次性给付后，本计划保障责任全部终止。

（五）免责期后，被保障人确诊本计划所指轻度恶性肿瘤中一种以上的，轻度恶性肿瘤互助金的给付以其中一种疾病为限，轻度恶性肿瘤互助金给付后，轻度恶性肿瘤保障责任全部终止，但不影响本计划所指重度恶性肿瘤的保障责任，重度恶性肿瘤保障责任继续有效。

（六）被保障人自被确诊患有本计划第七条所指疾病之日起，超过两年未向本会提出申领手续的，将视作自动放弃互助金的给付，本计划保障责任自行终止。

（七）保障期满后保障责任自行终止，保费不予退还。

第九条 续保

（一）被保障人在保障期满前 30 天内办理续保手续的，可取消 60 天的免责期。保障期满后办理参保手续的视作首次参保，须执行 60 天的免责期。

（二）续保时增加参保份数的，新增部分视作首次参保，须执行 60 天的免责期。

（三）已领取了轻度恶性肿瘤互助金且未领取重度恶性肿瘤互助金的被保障人，不影响续保，但续保后不再承担轻度恶性肿瘤保障责任。

（四）已领取了重度恶性肿瘤互助金，或患病慰问金的被保障人，不得再办理参保。

第十条 除外责任

有下列情况之一者，本会将不承担给付互助金的责任：

（一）被保障人在参保前曾患或已患本计划所指的重度恶性肿瘤和其它各种癌症其中一种或一种以上者（曾患或已患本计划

第七条所指轻度恶性肿瘤的，轻度恶性肿瘤责任除外，但不影响重度恶性肿瘤的互助金申领）。

（二）被保障人于免责期内确诊本计划第七条所指的恶性肿瘤疾病者。

（三）被保障人在首次参保或续保时，已达到法定退休年龄或已办理退休手续（符合保障对象的女职工除外）。

（四）参保单位或被保障人有隐瞒病史、伪造或篡改病史以及其他各种欺瞒、作弊行为。

（五）被保障人因战争、军事行动、暴乱、核辐射所致本计划第七条所指的疾病。

（六）被保障人故意自伤、故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施。

（七）被保障人服用、吸食或注射毒品或未遵医嘱使用管制药品的。

（八）被保障人感染艾滋病病毒或患艾滋病期间发生事故的（本计划约定的经输血、因职业关系、因器官移植导致的艾滋病病毒感染或患艾滋病除外）。

（九）被保障人在广东省境外医疗机构或非广东省内国家认定的二级或二级以上医疗机构确诊的。

（十）医疗误诊：指医疗机构及其医务人员在医疗活动中，违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规，过失造成被保障人人身损害的事故。

发现有以上第一项至第八项情况者，保障责任自行终止。

第十一条 互助金的受领人

互助金由被保障人本人申领。若被保障人身故或丧失民事行为能力能力的由按法定继承人申领。

第十二条 互助金的申领

（一）申领互助金由被保障人自主登录本会公众号申领并拍照上传申领所需材料。材料包括：

1. 被保障人的身份证。
2. 被保障人的银行卡或存折。

3. 被保障人同意广东省职工保障互助会前往其所治疗医院查阅及复印病案的委托书。

4. 广东省内国家认定的二级或二级以上医疗机构（不包括康复医院、疗养院、联合病房等类似医疗机构）出具的疾病诊断证明、入院记录（住院记录）、出院小结、手术报告、病理报告、血液检验等方法确诊疾病的检查检验报告单和本会认为必须提供的其它证明材料（住院病历复印件须加盖医务科或病案室印章）。

5. 被保障人身故的，需指定一名被保障人亲属（由各法定继承人授权）申领互助金，并上传：被保障人户籍管理机关的户口注销证明和医疗机构或事故处理机关出具的死亡证明；法定继承人身份证、银行卡或存折及与被保障人的关系证明；授权委托书与受托人身份证明（适用于委托给付或受益人死亡或丧失民事行为能力）。

（二）本会在收到被保障人手续齐备的申领材料后，在 30 个工作日内经调查核实无误后，给付或拒付互助金。若遇特殊情

况则在 90 个工作日内予以解决。对于不符合给付条件的，由本会出具拒付通知书。

第十三条 其它约定事项

（一）本会对参保保费实行专项核算，保费的运作、结算和管理受本会理事会领导，并接受本会监事会监督。

（二）为维护被保障人权益，本计划随社会经济发展状况及国家有关政策变化将进行适当调整。

（三）对本计划执行中有关内容发生争议，由本会理事会进行最终裁定。

（四）本计划自二〇二五年七月一日起执行。

附件 4

广东省在职职工住院医保补充互助保障计划 (2025 年版)

为缓解职工因病住院导致的经济压力，切实减轻职工的经济负担，广东省职工保障互助会（以下简称“本会”）特制定《广东省在职职工住院医保补充互助保障计划》（以下简称“本计划”）。

第一条 保障对象

凡未达到法定退休年龄，身体健康且能正常参加所在单位工作，缴纳广东省城镇职工基本医疗保险或享受机关事业单位医疗保障待遇的在职职工（不含已办理退休手续的返聘人员），均可参加本计划。

第二条 保障条件

参加本计划必须集体参保。同一单位参保人数不得低于该单位全部职工人数的 80%，职工人数少于等于 10 人的单位必须 100% 参加。

第三条 保费

参保保费为每人 95 元。

第四条 保障期和免责期

本计划保障期为一年。自参保单位缴纳保费并交齐符合要求参保材料后的次日零时起，至保障期满日二十四时止。首次参保须执行 30 天的免责期。

第五条 参保要求

（一）参保手续由所在单位或工会办理。参保单位原则上每年只能办理一次参保手续，同一保障期内不可新增人员。如有特殊情况需新增人员（含新入职或因工作原因新调入的），可提供证明材料追加参保。新增人员按该单位当期保费标准全额缴纳，保障期自参保单位缴纳保费并交齐符合要求参保材料后的次日零时起，至保障期满日二十四时止，新增人员仍需执行 30 天免责期。

（二）保障期内，被保障人只允许参保本计划一次，不得重复参保。

（三）本计划一经生效中途不得退出。

（四）参保单位应提供参加本计划的人员名单，包括：姓名、身份证号码、手机号码等基本身份信息，被保障人及所在单位应对提供的信息真实性负责，若提供信息有误，由此造成的相关责任由被保障人及所在单位承担。

第六条 参保资金

本计划的参保保费，按规定可从工会经费、职工福利费、职工个人交费等多个渠道筹集。

第七条 保障待遇

保障期内，被保障人因病住院治疗（含急诊留观并收入住院治疗的，且其住院前留观治疗费用并入住院费用的），经广东省内城镇职工基本医疗保险统筹基金报销后，在城镇职工基本医疗保险统筹基金支付范围内（指起付标准以上至最高支付限额以内），按城镇职工基本医疗保险个人自付部分的医疗费（最高不

超过基本医疗统筹基金报销额的 20%) 的 80% 发放。被保障人经当地基本医疗保险主管机构批准转外地治疗的, 应在给付标准基础上扣减 10 个百分点, 即互助金给付标准为 70%。同一保障期内, 被保障人多次住院治疗的, 互助金给付次数以两次为限。

第八条 保障责任

(一) 本计划所指的有效住院天数, 是指医疗保险结算单确定的, 免责期后且在本计划有效期内的住院天数。

(二) 被保障人住院治疗期间, 免责期内不享受领取互助金待遇, 若出院日期已超出免责期的, 按照被保障人有效住院天数占此次住院治疗总天数的比例给付互助金。

(三) 被保障人住院治疗期间, 在出院之前保障期满的, 且没有继续参加本计划的, 按照被保障人有效住院天数占此次住院治疗总天数的比例给付互助金。

(四) 被保障人住院治疗期间, 在出院之前保障期满继续参加本计划的, 按照上一保障期的保障待遇给付互助金, 给付次数计入上一保障期。如上一保障期内给付次数已达两次, 给付次数计入下一保障期, 按下一保障期内有效住院天数占住院治疗总天数的比例给付互助金。

(五) 因病情需要转诊治疗的, 如转诊医院等级不低于首诊医院, 在住院医疗时间计算上视为同一次住院; 如转诊医院等级低于首诊医院, 则按照两次住院计算。因同一病情住院治疗, 连续转诊次数不得超过两次, 超过部分, 不能视为同一次住院。

(六) 被保障人保障期内, 互助金最高支付限额为其所属基本医疗统筹基金年度报销额的 20%。若住院时间跨医保年度的,

按所跨年度里统筹基金年度报销额高的那一年的额度确定。

（七）被保障人自出院之日起，超过两年未向本会提出申领手续的，将视作自动放弃申领互助金的权利，保障责任自行终止。

（八）保障期满后保障责任自行终止，保费不予退还。

第九 续保

被保障人在保障期满前 30 天内办理续保手续的，可取消 30 天的免责期。保障期满后办理参保手续的视作首次参保，须执行 30 天的免责期。

第十条 除外责任

有下列情况之一者，本会将不承担给付互助金的责任：

（一）战争、军事行动、暴动、恐怖计划或其他类似的武装叛乱期间；

（二）原子能、核能装置的污染或辐射造成的疾病；

（三）不可抗力的自然灾害；

（四）任何违法犯罪行为，从事违法、犯罪计划期间或者被依法拘留、服刑期间；

（五）故意行为，挑衅而导致的打斗、被袭击或被谋杀；

（六）被保障人或其所在单位故意隐瞒、伪造或篡改病史、病历以及其他欺骗隐瞒行为；

（七）酗酒或者受酒精、毒品、管制药品影响；

（八）酒后驾驶、无有效驾驶执照驾驶、驾驶无有效行驶证或者驾驶与驾照不符的机动车辆；

（九）医疗事故导致的；

（十）不孕不育治疗、人工受精、怀孕、分娩（含难产）、

流产、堕胎、节育（含绝育）；

（十一）所有由精神科疾病导致的；

（十二）非认可的医疗机构；

（十三）参加本计划前已经因病住院治疗的（不包括保障期满后继续参加计划的）；

（十四）采取挂床位或因延迟办理出院、结算手续等产生的住院治疗天数；

（十五）疗养、体检、康复治疗；

（十六）工伤、生育、职业病、由责任方承担的或者由国家负担医疗费的新发、突发传染病导致的；

（十七）其它非因疾病原因住院治疗；

（十八）未经城镇职工基本医疗保险结算的或未享受机关事业单位医疗保障待遇的；

（十九）在参加本计划前已丧失劳动能力的。

第十一条 互助金的受领人

互助金由被保障人本人申领。若被保障人身故或丧失民事行为能力能力的由按法定继承人申领。

第十二条 互助金的申领

（一）申领互助金由被保障人自主登录本会公众号申领并拍照上传申领所需材料。材料包括：

1. 被保障人的身份证。

2. 被保障人的银行卡或存折。

3. 由医疗机构出具的城镇职工基本医疗住院费用（含省直医疗保险）结算单、医疗收费票据和出院记录。

4. 被保障人身故的，需指定一名被保障人亲属（由各法定继承人授权）申领互助金，并上传：被保障人户籍管理机关的户口注销证明和医疗机构或事故处理机关出具的死亡证明；法定继承人身份证、银行卡或存折及与被保障人的关系证明；授权委托书与受托人身份证明（适用于委托给付或受益人死亡或丧失民事行为能力）。

（二）本会收到被保障人手续齐备的申领给付材料后，对于符合给付条件的，在 30 个工作日内（特殊情况在 90 个工作日内）给付互助金。对于不符合给付条件的，由本会出具拒付通知书。

第十三条 其它约定事项

（一）本会对参保保费实行专项核算，保费的运作、结算和管理受本会理事会领导，并接受本会监事会监督。

（二）为维护被保障人权益，本计划随社会经济发展状况及国家有关政策变化将进行适当调整。

（三）对本计划执行中有关内容发生争议，由本会理事会进行最终裁定。

（四）本计划自二〇二五年七月一日起执行。

广东省在职职工住院自费补贴互助保障计划 (2025 年版)

为缓解职工因病住院导致的经济压力，切实减轻职工的经济负担，广东省职工保障互助会（以下简称“本会”）特制定《广东省在职职工住院自费补贴互助保障计划》（以下简称“本计划”）。

第一条 保障对象

凡未达到法定退休年龄，身体健康且能正常参加所在单位工作，缴纳广东省城镇职工基本医疗保险或享受机关事业单位医疗保障待遇的在职职工（不含已办理退休手续的返聘人员），均可参加本计划。

第二条 保障条件

参加本计划必须集体参保。同一单位参保人数不得低于该单位全部职工人数的 80%，职工人数少于等于 10 人的单位必须 100% 参加。

第三条 保费

参保保费为每人 95 元。

第四条 保障期和免责期

本计划保障期为一年。自参保单位缴纳保费并交齐符合要求参保材料后的次日零时起，至保障期满日二十四时止。首次参保须执行 30 天的免责期。

第五条 参保要求

（一）参保手续由所在单位或工会办理。参保单位原则上每年只能办理一次参保手续，同一保障期内不可新增人员。如有特殊情况需新增人员（含新入职或因工作原因新调入的），可提供证明材料追加参保。新增人员按该单位当期保费标准全额缴纳，保障期自参保单位缴纳保费并交齐符合要求参保材料后的次日零时起，至保障期满日二十四时止，新增人员仍需执行 30 天免责期。

（二）保障期内，被保障人只允许参保本计划一次，不得重复参保。

（三）本计划一经生效中途不得退出。

（四）参保单位应提供参加本计划的人员名单，包括：姓名、身份证号码、手机号码等基本身份信息，被保障人及所在单位应对提供的信息真实性负责，若提供信息有误，由此造成的相关责任由被保障人及所在单位承担。

第六条 参保资金

本计划的参保保费，按规定可从工会经费、职工福利费、职工个人交费等多个渠道筹集。

第七条 保障待遇

保障期内，被保障人因病住院治疗（含急诊留观并收入住院治疗的，且其住院前留观治疗费用并入住院费用的），经广东省内城镇职工基本医疗保险统筹基金报销后，按照自费部分（医疗收费票据个人实际支付）3000 元以上部分的 50% 给付互助金。第一次限额为 5000 元，第二次限额为 3000 元。同一保障期内，被

保障人多次住院治疗的，互助金给付次数以两次为限。

第八条 保障责任

（一）本计划所指的有效住院天数，是指医疗保险结算单确定的，免责期后且在本计划有效期内的住院天数。

（二）被保障人住院治疗期间，免责期内不享受领取互助金待遇，若出院日期已超出免责期的，按照被保障人有效住院天数占此次住院治疗总天数的比例给付互助金。

（三）被保障人住院治疗期间，在出院之前保障期满的，且没有继续参加本计划的，按照被保障人有效住院天数占此次住院治疗总天数的比例给付互助金。

（四）被保障人住院治疗期间，在出院之前保障期满继续参加本计划的，按照上一保障期的保障待遇给付互助金，给付次数计入上一保障期。如上一保障期内给付次数已达两次，给付次数计入下一保障期，按下一保障期内有效住院天数占住院治疗总天数的比例给付互助金。

（五）因病情需要转诊治疗的，如转诊医院等级不低于首诊医院，在住院医疗时间计算上视为同一次住院；如转诊医院等级低于首诊医院，则按照两次住院计算。因同一病情住院治疗，连续转诊次数不得超过两次，超过部分，不能视为同一次住院。

（六）被保障人自出院之日起，超过两年未向本会提出申领手续的，将视作自动放弃申领互助金的权利，保障责任自行终止。

（七）保障期满后保障责任自行终止，保费不予退还。

第九条 续保

被保障人在保障期满前 30 天内办理续保手续的，可取消 30

天的免责期。保障期满后办理参保手续的视作首次参保，须执行30天的免责期。

第十条 除外责任

有下列情况之一者，本会将不承担给付互助金的责任：

（一）战争、军事行动、暴动、恐怖计划或其他类似的武装叛乱期间；

（二）原子能、核能装置的污染或辐射造成的疾病；

（三）不可抗力的自然灾害；

（四）任何违法犯罪行为，从事违法、犯罪计划期间或者被依法拘留、服刑期间；

（五）故意行为，挑衅而导致的打斗、被袭击或被谋杀；

（六）被保障人或其所在单位故意隐瞒、伪造或篡改病史、病历以及其他欺骗隐瞒行为；

（七）酗酒或者受酒精、毒品、管制药品影响；

（八）酒后驾驶、无有效驾驶执照驾驶、驾驶无有效行驶证或者驾驶与驾照不符的机动车辆；

（九）医疗事故导致的；

（十）不孕不育治疗、人工受精、怀孕、分娩（含难产）、流产、堕胎、节育（含绝育）；

（十一）所有由精神科疾病导致的；

（十二）非认可的医疗机构；

（十三）参加本计划前已经因病住院治疗的（不包括保障期满后继续参加计划的）；

（十四）采取挂床位或因延迟办理出院、结算手续等产生的

住院治疗天数；

（十五）疗养、体检、康复治疗；

（十六）工伤、生育、职业病、由责任方承担的或者由国家负担医疗费的新发、突发传染病导致的；

（十七）其它非因疾病原因住院治疗；

（十八）未经城镇职工基本医疗保险结算的或未享受机关事业单位医疗保障待遇的；

（十九）在参加本计划前已丧失劳动能力的。

第十一条 互助金的受领人

互助金由被保障人本人申领。若被保障人身故或丧失民事行为能力能力的由按法定继承人申领。

第十二条 互助金的申领

（一）申领互助金由被保障人自主登录本会公众号申领并拍照上传申领所需材料。材料包括：

1. 被保障人的身份证。

2. 被保障人的银行卡或存折。

3. 由医疗机构出具的城镇职工基本医疗住院费用（含省直医疗保险）结算单、医疗收费票据和出院记录。

4. 被保障人身故的，需指定一名被保障人亲属（由各法定继承人授权）申领互助金，并上传：被保障人户籍管理机关的户口注销证明和医疗机构或事故处理机关出具的死亡证明；法定继承人身份证、银行卡或存折及与被保障人的关系证明；授权委托书与受托人身份证明（适用于委托给付或受益人死亡或丧失民事行为能力）。

（二）本会收到被保障人手续齐备的申领给付材料后，对于符合给付条件的，在 30 个工作日内（特殊情况在 90 个工作日内）给付互助金。对于不符合给付条件的，由本会出具拒付通知书。

第十三条 其它约定事项

（一）本会对参保保费实行专项核算，保费的运作、结算和管理受本会理事会领导，并接受本会监事会监督。

（二）为维护被保障人权益，本计划随社会经济发展状况及国家有关政策变化将进行适当调整。

（三）对本计划执行中有关内容发生争议，由本会理事会进行最终裁定。

（四）本计划自二〇二五年七月一日起执行。

附件 6

广东省在职职工住院津贴互助保障计划

(2025 年版)

为缓解职工因病或意外事故住院导致的经济压力，切实减轻职工的经济负担，广东省职工保障互助会（以下简称“本会”）特制定《广东省在职职工住院津贴互助保障计划》（以下简称“本计划”）。

第一条 保障对象

凡未达到法定退休年龄，身体健康且能正常参加所在单位工作的在职职工（不含已办理退休手续的返聘人员），均可参加本计划。

第二条 保障条件

参加本计划必须集体参保。同一单位参保人数不得低于该单位全部职工人数的 80%，职工人数少于等于 10 人的单位必须 100% 参加。

第三条 保费

本计划参保保费为每人 80 元。

第四条 保障期和免责期

本计划保障期为一年。自参保单位缴纳保费并交齐符合要求参保材料后的次日零时起，至保障期满日二十四时止。首次参保须执行 30 天的免责期。

第五条 参保要求

（一）参保手续由所在单位或工会办理。参保单位原则上每年只能办理一次参保手续，同一保障期内不可新增人员。如有特殊情况需新增人员（含新入职或因工作原因新调入的），可提供证明材料追加参保。新增人员按该单位当期保费标准全额缴纳，保障期自参保单位缴纳保费并交齐符合要求参保材料后的次日零时起，至保障期满日二十四时止，新增人员仍需执行 30 天免责期。

（二）保障期内，被保障人只允许参保本计划一次，不得重复参保。

（三）本计划一经生效中途不得退出。

（四）参保单位应提供参加本计划的人员名单，包括：姓名、身份证号码、手机号码等基本身份信息，被保障人及所在单位应对提供的信息真实性负责，若提供信息有误，由此造成的相关责任由被保障人及所在单位承担。

第六条 参保资金

本计划的参保保费，按规定可从工会经费、职工福利费、职工个人交费等多个渠道筹集。

第七条 保障待遇

（一）保障期内，被保障人因病或意外事故在经广东省内国家认定的二级或二级以上医疗机构（不包括康复医院、疗养院、联合病房等类似医疗机构）住院治疗，按有效住院治疗天数给付互助金，每天 60 元（异地住院治疗的给付互助金，每天 50 元），住院天数超过 90 天的，按 90 天计算互助金。

（二）同一保障期内，被保障人多次住院治疗的，互助金给付次数以两次为限。

第八条 保障责任

（一）本计划所指的有效住院天数，是指医疗保险结算单确定的，免责期后且在本计划有效期内的住院天数。

（二）被保障人住院治疗期间，免责期内不享受领取互助金待遇，若出院日期已超出免责期的，按照被保障人有效住院天数占此次住院治疗总天数的比例给付互助金。

（三）被保障人住院治疗期间，在出院之前保障期满的，且没有继续参加本计划的，按照被保障人有效住院天数占此次住院治疗总天数的比例给付互助金。

（四）被保障人住院治疗期间，在出院之前保障期满继续参加本计划的，按照上一保障期的保障待遇给付互助金，给付次数计入上一保障期。如上一保障期内给付次数已达两次，给付次数计入下一保障期，按下一保障期内有效住院天数占住院治疗总天数的比例给付互助金。

（五）因病情需要转诊治疗的，如转诊医院等级不低于首诊医院，在住院医疗时间计算上视为同一次住院；如转诊医院等级低于首诊医院，则按照两次住院计算。因同一病情住院治疗，连续转诊次数不得超过两次，超过部分，不能视为同一次住院。

（六）被保障人自出院之日起，超过两年未向本会提出申领手续的，将视作自动放弃申领互助金的权利，保障责任自行终止。

（七）保障期满后保障责任自行终止，保费不予退还。

第九条 续保

被保障人在保障期满前 30 天内办理续保手续的，可取消 30 天的免责期。保障期满后办理参保手续的视作首次参保，须执行 30 天的免责期。

第十条 除外责任

有下列情况之一者，本会将不承担给付互助金的责任：

（一）战争、军事行动、暴动、恐怖计划或其他类似的武装叛乱期间；

（二）原子能、核能装置的污染或辐射造成的疾病；

（三）不可抗力的自然灾害；

（四）任何违法犯罪行为，从事违法、犯罪计划期间或者被依法拘留、服刑期间；

（五）故意行为，挑衅而导致的打斗、被袭击或被谋杀；

（六）被保障人或其所在单位故意隐瞒、伪造或篡改病史、病历以及其他欺骗隐瞒行为；

（七）酗酒或者受酒精、毒品、管制药品影响；

（八）酒后驾驶、无有效驾驶执照驾驶、驾驶无有效行驶证或者驾驶与驾照不符的机动车辆；

（九）医疗事故导致的；

（十）不孕不育治疗、人工受精、怀孕、分娩（含难产）、流产、堕胎、节育（含绝育）；

（十一）所有由精神科疾病导致的；

（十二）非认可的医疗机构；

（十三）参加本计划前已经住院治疗的（不包括保障期满后

继续参加计划的);

(十四) 采取挂床位或因延迟办理出院、结算手续等产生的住院治疗天数;

(十五) 疗养、体检、康复治疗;

(十六) 工伤、生育、职业病、由责任方承担的或者由国家负担医疗费的新发、突发传染病导致的;

(十七) 其它非因疾病、意外伤害原因住院治疗;

(十八) 在参加本计划前已丧失劳动能力的。

第十一条 互助金的受领人

互助金由被保障人本人申领。若被保障人身故或丧失民事行为能力能力的由按法定继承人申领。

第十二条 互助金的申领

(一) 申领互助金由被保障人自主登录本会公众号申领并拍照上传申领所需材料。材料包括:

1. 被保障人的身份证。

2. 被保障人的银行卡或存折。

3. 由医疗机构出具的城镇职工基本医疗住院费用(含省直医疗保险)结算单、医疗收费票据和出院记录。

4. 被保障人身故的,需指定一名被保障人亲属(由各法定继承人授权)申领互助金,并上传:被保障人户籍管理机关的户口注销证明和医疗机构或事故处理机关出具的死亡证明;法定继承人身份证、银行卡或存折及与被保障人的关系证明;授权委托书与受托人身份证明(适用于委托给付或受益人死亡或丧失民事行为能力)。

（二）本会收到被保障人手续齐备的申领给付材料后，对于符合给付条件的，在 30 个工作日内（特殊情况在 90 个工作日内）给付互助金。对于不符合给付条件的，由本会出具拒付通知书。

第十三条 其它约定事项

（一）本会对参保保费实行专项核算，保费的运作、结算和管理受本会理事会领导，并接受本会监事会监督。

（二）为维护被保障人权益，本计划随社会经济发展状况及国家有关政策变化将进行适当调整。

（三）对本计划执行中有关内容发生争议，由本会理事会进行最终裁定。

（四）本计划自二〇二五年七月一日起执行。

广东省在职职工意外伤害互助保障计划

(2025 年版)

为缓解职工因意外伤害导致的经济压力，切实减轻职工的经济负担，广东省职工保障互助会（以下简称“本会”）制定《广东省在职职工意外伤害互助保障计划》（以下简称“本计划”）。

第一条 保障对象

凡未达到法定退休年龄，身体健康且能正常参加所在单位工作的在职职工（不含已办理退休手续的返聘人员），均可参加本计划。

第二条 保障条件

（一）参加本计划必须集体参保。同一单位参保人数不得低于该单位全部职工人数的 80%，职工人数少于等于 10 人的单位必须 100% 参加。

（二）参保时须明确参保人职业类别，若事故发生时参保人的职业类别与投保时不符，本计划将不承担给付责任。

第三条 保费

（一）参保保费为每份 25 元，每人最高可参保 3 份。

（二）为保证被保障人权益公平性，对从事井下采矿、隧道施工、高空作业、山地地质勘探考察、海上勘探考察、境外劳务输出等相关文件规定的高风险行业的高危工种职工，参保保费为每份 30 元，每人最高可参保 3 份。

第四条 保障期和免责期

本计划保障期为一年。自参保单位缴纳保费并交齐符合要求参保材料后的次日零时起，至保障期满日二十四时止。本计划新续保均无免责期。

第五条 参保要求

（一）参保手续由所在单位或工会办理。参保单位原则上每年只能办理一次参保手续，同一保障期内不可新增人员。如有特殊情况需新增人员（含新入职或因工作原因新调入的），可提供证明材料追加参保。新增人员按该单位当期保费标准全额缴纳，保障期自参保单位缴纳保费并交齐符合要求参保材料后的次日零时起，至保障期满日二十四时止。

（二）保障期内，被保障人只允许参保本计划一次，不得重复参保。

（三）本计划一经生效中途不得退出。

（四）参保单位应提供参加本计划的人员名单，包括：姓名、身份证号码、手机号码等基本身份信息，被保障人及所在单位应对提供的信息真实性负责，若提供信息有误，由此造成的相关责任由被保障人及所在单位承担。

第六条 参保资金

本计划的参保保费，按规定可从工会经费、职工福利费、职工个人交费等多个渠道筹集。

第七条 保障待遇

保障期内，被保障人因遭受意外事故导致身故、残疾、医疗的，本计划依照下列约定给付对应互助金，给付数额不超过对应

互助金限额。

（一）意外身故保障

1. 保障期内，被保障人因遭受意外事故，并自事故发生之日起 180 日内，以该次意外事故为直接且单独原因导致身故的，法定继承人一次性领取身故互助金：每人每份 2 万元，最高 3 份 6 万元。

2. 被保障人身故前互助会已给付该次意外事故伤残互助金的，身故互助金应扣除已领取的伤残互助金。

（二）意外伤残保障

1. 保障期内，被保障人遭受意外事故，并自该事故发生之日起 180 日内，以该次意外事故为直接原因导致《人身保险伤残评定标准及代码》（国家标准编号 JR/T0083-2013，以下简称《评定标准及代码》）所列残疾的，被保障人可按司法鉴定机构评定的伤残等级领取伤残互助金，如第 180 日治疗仍未结束的，则按第 180 日的身体情况进行残疾鉴定，并据此给付伤残互助金。意外伤残保障限额：每人每份 2 万元，最高 3 份 6 万元。

2. 意外伤残互助金的计算公式为：意外伤残互助金=伤残等级对应的给付比例×意外伤残保障限额。

3. 该次意外伤害导致的伤残合并前次伤残可领较严重等级伤残互助金的，按较严重等级标准给付，但前次已给付的伤残互助金应予扣除。

4. 一次或者累计给付的伤残互助金达到意外伤残保障限额时，该被保障人的意外伤残保障责任终止。

（三）意外住院补助

1. 保障期内，被保障人因遭受意外事故在广东省内国家认定的二级或二级以上医疗机构（不包括康复医院、疗养院、联合病房等类似医疗机构）住院治疗的，按每次实际住院治疗天数给付住院补助互助金，给付标准为每天 60 元。若保障期届满该被保障人住院治疗仍未结束，本计划继续承担意外住院补助责任至该次住院出院之日或者对应意外发生之日起第 30 日止（以先发生者为准）。

2. 被保障人无论参加一份或多份的，住院补助互助金都执行每天 60 元的给付标准。住院补助给付天数 1 份最高为 30 天，2 份最高为 60 天，3 份最高为 90 天；对应住院补助互助金给付天数 1 份以 1800 元为限，2 份以 3600 元为限，3 份以 5400 元为限。一次或者累计给付达到上述互助金限额时，本计划对该被保障人的意外住院补助保障责任终止。

第八条 保障责任

（一）被保障人自意外事故发生之日起，超过两年未向本会提出申领手续的，将视作自动放弃申领互助金的权利，保障责任自行终止。

（二）保障期满后保障责任自行终止，保费不予退还。

第九条 除外责任

有下列情况之一者，本会将不承担给付互助金的责任：

（一）战争、军事行动、暴动、恐怖计划或其他类似的武装叛乱期间；

（二）原子能、核能装置的污染或辐射造成的疾病；

（三）不可抗力的自然灾害；

（四）任何违法犯罪行为，从事违法、犯罪计划期间或者被依法拘留、服刑期间；

（五）故意行为，挑衅而导致的打斗、被袭击或被谋杀；

（六）被保障人或其所在单位故意隐瞒、伪造或篡改病史、病历以及其他欺骗隐瞒行为；

（七）酗酒或者受酒精、毒品、管制药品影响；

（八）酒后驾驶、无有效驾驶执照驾驶、驾驶无有效行驶证或者驾驶与驾照不符的机动车辆；

（九）医疗事故导致的；

（十）不孕不育治疗、人工受精、怀孕、分娩（含难产）、流产、堕胎、节育（含绝育）；

（十一）所有由精神科疾病导致的；

（十二）非认可的医疗机构；

（十三）在参加本计划前已发生的意外事故；

（十四）遭受工伤和意外事故以外的原因失踪而被法院宣告死亡；

（十五）中暑、食物中毒、药物过敏导致的；

（十六）自杀、自残导致的；

（十七）从事潜水、跳伞、蹦极、攀岩运动、探险活动、武术比赛、摔跤比赛、特技表演、赛马、赛车等高风险的活动期间；

（十八）其它非意外伤害原因导致的身故、残疾、医疗。

第十条 互助金受领人

互助金由被保障人本人申领。若被保障人身故或丧失民事行为能力能力的由按法定继承人申领。

第十一条 互助金的申领

（一）参保单位应于被保障人遭受意外伤害发生之日起，10天内告知本会以便进行调查，若未及时告知影响互助金认定及申领的，相应后果由被保障人承担。申领互助金由被保障人自主登录本会公众号申领并拍照上传申领所需材料，材料包括：

1. 被保障人的身份证。

2. 被保障人的银行卡或存折。

3. 申请伤残互助金时，应同时提供由二级或二级以上医疗机构出具的伤残程度证明（入院记录、出院记录、手术记录、病理报告，以上资料须盖有病案室红色印章）。如果被保障人自遭受意外伤害之日起180日治疗仍未结束，则按照第180日的身体伤残状况出具相应证明。

4. 相关行政执法单位出具的事故责任认定书（鉴定书），如：交警部门的《交通事故责任认定书》、安监部门的《安全生产事故责任认定书》、消防单位的《火灾事故证明》。

5. 申领身故互助金时或被保障人身故的，需指定一名被保障人亲属（由各法定继承人授权）申领互助金，并上传：被保障人户籍管理机关的户口注销证明和医疗机构或事故处理机关出具的死亡证明；法定继承人身份证、银行卡或存折及与被保障人的关系证明；授权委托书与受托人身份证明（适用于委托给付或受益人死亡或丧失民事行为能力）。

6. 医疗机构、伤残鉴定机构或者执法部门指定的鉴定机构出具的《伤残鉴定书》或《劳动能力鉴定书》。

7. 其它必要的与确认保障待遇、事故性质及伤害程度相关的

证明和资料。

（二）本会收到被保障人手续齐备的申领给付材料后，对于符合给付条件的，在 30 个工作日内（特殊情况在 90 个工作日内）给付互助金。对于不符合给付条件的，由本会出具拒付通知书。

第十二条 其它约定事项

（一）本会对参保保费实行专项核算，保费的运作、结算和管理受本会理事会领导，并接受本会监事会监督。

（二）为维护被保障人权益，本计划随社会经济发展状况及国家有关政策变化将进行适当调整。

（三）对本计划执行中有关内容发生争议，由本会理事会进行最终裁定。

（四）本计划自二〇二五年七月一日起执行。

