**上海市医疗保险协会**

**会员会籍、会员证及会费管理办法**

1. 根据民政部《社会团体登记管理条例》和《上海市医疗保险协会章程》，制定本办法。
2. 凡拥护本协会章程，自愿参加本协会的单位或个人，可以向本协会秘书处办理申请入会手续。
3. 申请加入本协会的单位和个人，应填写申请表（见附件一、二），会员单位在申请表后加盖本单位印章，送交或邮寄至本会秘书处。

申请表格如有填写错误、项目填写不全、填写字迹潦草不符合要求的，由秘书处退回重新填写。

1. 单位或个人递交申请表后，经秘书处审核同意，正式接受为本会会员。秘书处审核同意之日为会员入会时间。
2. 会员有下列情形之一的，应取消会籍：
3. 被本协会常务理事会除名的；
4. 单位会员中，单位被撤销、兼并的；
5. 会员拖欠会费一年以上（含一年）的；
6. 会员无故未按要求参加本会活动的；
7. 自愿退会的。
8. 本协会秘书处建立会员信息数据库，并定期向会员代表大会、理事会、常务理事会报告会员变动情况。
9. 被接受为本协会会员的，由本协会秘书处发给统一制作的会员证。本协会会员证分为单位会员和个人会员两种（见附件三）。
10. 会员证应妥善保管。会员证发生遗失、严重损坏的，可向本协会秘书处提出申请，由秘书处按原证号补发。
11. 被本协会取消会员资格的，应交回会员证；不交回的，其会员证自动作废。
12. 个人会员、单位会员应当缴纳会费，会费标准如下：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 对象 | 个人会员/每人每年 | 单位会员/每单位每年 |
| 缴费标准（元） | 100元 | 一般单位会员 | 理事单位会员 | 常务理事单位会员 |
| 500～3000元 | 20000元或以上 | 50000元或以上 |

1. 单位会员、个人会员的会费按第九条规定的标准每年缴纳一次，也可以一次性缴纳2至5年会费。
2. 单位会员和个人会员缴纳会费，可通过银行转账至本协会秘书处，也可以直接到本会秘书处现金缴纳。
3. 新入会的单位会员、个人会员应在被批准入会之日起缴纳会费。会员退会的，已缴纳的会费不予退还。
4. 本协会收取会费，应开具财政部门监制并统一印刷的“上海市社会团体会费统一票据”（见附件四）。
5. 本协会收取的会费，应按照有关财务制度严格管理。任何单位、个人不得侵占、挪用。
6. 本协会会费征收与截至日期为每年的4月1日至6月30日，新参加本协会的单位或个人在批准之日起三个月内缴费，缴费当月可享有会员的权利并履行义务。
7. 本办法的解释权属于本协会。
8. 本办法经2019年10月31日本协会第二届第二次会员大会通过。本办法自2020年1月1日起执行。

附件一：

**上海市医疗保险协会个人会员申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 民 族 |  |
| 文化程度 |  | 专 业 |  | 职 务 |  | 技术职称 |  |
| 政治面貌 |  | 单位电话 |  | 传真 |  |
| 手 机 |  | E-mail |  |
| 单位名称 |  |
| 单位地址 |  | 邮政编码 |  |
| 单位性质 | 局机关及其直属事业单位……□ 大专院校……………………………□本系统区行政机构……………□ 研究机构……………………………□医疗保险经办机构……………□ 医药和医疗器材生产企业…………□其它委办局……………………□ 医药销售企业………………………□医疗保险定点医院……………□ 保险公司……………………………□医疗保险定点药店……………□ 社会团体……………………………□其它……………………………□ |
| 详细通信地址 |  | 邮政编码 |  |
| 曾发表过的社会保险方面的专著、文章和重大科研成果 |  |
| 备注 |  |

（注：请用正楷字填写，此表复印有效） 填表日期： 年 月 日

附件二：

**上海市医疗保险协会单位会员申请表**

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 单位地址 |  | 邮政编码 |  |
| 单位电话 |  | 传真 |  | E-mail |  |
| 单位性质 | 局直属事业单位……………□ 医药和医疗器材生产企业………□医疗保险经办机构…………□ 医药销售企业……………………□医疗保险定点医院…………□ 保险公司…………………………□医疗保险定点药店…………□ 社会团体…………………………□大专院校……………………□ 其它………………………………□研究机构……………………□ |
| 单位会员负责人 |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 民族 |  |
| 文化程度 |  | 专业 |  | 职务 |  | 技术职称 |  |
| 政治面貌 |  | 单位电话 |  | 传真 |  |
| 手 机 |  | E-mail |  |
| 单位会员联系人 |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 民族 |  |
| 文化程度 |  | 专业 |  | 职务 |  | 技术职称 |  |
| 政治面貌 |  | 单位电话 |  | 传真 |  |
| 手 机 |  | E-mail |  |
| 备注 | 医药和医疗器材生产、销售企业如有上海办事处,请注明联系人、地址、电话、传真、E-mail等详细信息 |

（注：请用正楷字填写，此表复印有效，请加盖公章） 填表日期： 年 月 日

附件三：

