

# 关于印发《上海市城乡居民基本医疗保险办法实施细则》的通知

(征求意见稿)

各有关单位:

现将《上海市城乡居民基本医疗保险办法实施细则》印发给你们,请认真遵照执行。

上海市医疗保障局

2025年 月 日

## 上海市城乡居民基本医疗保险办法 实施细则

为了保证本市城乡居民基本医疗保险制度(以下简称“城乡居民医保”)的实施,根据《上海市医疗保障条例》《上海市人民政府关于印发〈上海市城乡居民基本医疗保险办法〉的通知》(以下简称《城乡居民医保办法》),制定本细则。

### 一、适用对象

(一)《城乡居民医保办法》所称的“其他基本医疗保险”包括本市及外省市职工基本医疗保险、外省市城乡居民基本医疗保险。

(二)《城乡居民医保办法》所称的“具有本市户籍的小学生和婴幼儿”具体包括:

- 1.本市户籍的18周岁及以下人员。
- 2.本市户籍的18周岁以上但属于各类中等学校在册在籍学生。
- 3.本市户籍的19至20周岁持《中华人民共和国残疾人证》、仍在进行大病医疗的辍学人员。
- 4.本市户籍在本市或外省市就读的复读生。
- 5.持有《上海市居住证》积分达到标准分值人员的子女,包括18周岁及以下子女、18周岁以上但属于各类中等学校在册在籍学生。

(三)《城乡居民医保办法》所称的“根据实际情况,可以参照适用本办法的其他人员”是指符合本市已有规定的,已在本市就读、居住的,具体包括:

- 1.由本市动员分配支援外地建设的支内(支疆)、知青及其外省市籍配偶中,在外地办理退休(职)手续,已报入本市户籍,且无医疗保障的人员。
- 2.本市户籍人员(在沪军人、学生集体户口等除外)的外省市户籍配偶,暂未报入本市户籍,且无医疗保障的人员。
- 3.持有《上海市居住证》积分达到标准分值人员的配偶,且无医疗保障的人员。

4.本市户籍人员（在沪军人、学生集体户口等除外）的外省市户籍子女中，暂未报入本市户籍的中小学生和婴幼儿。

5.在本市依法设立的中小学校、中等职业学校、托幼机构就读的在册在籍外省市户籍学生和幼儿。

6.持有《上海市海外人才居住证》的人员，其未就业配偶及未满18周岁或高中阶段在读的子女。

7.入选上海市白玉兰人才计划等相关人才计划的海外人才，其未就业配偶及未满18周岁或高中阶段在读的子女。

8.持有《外国人永久居留证》的未就业人员。

9.持有《上海市人才工作局“具有本市户籍留学人员其持外国护照子女”享受优惠政策证明》的本市户籍海外留学人员,其持外国护照的未满18周岁或高中阶段在读子女。

10.在本市实际居住、且已持有本市公安部门签发的港澳台居民居住证的未就业港澳台居民。

## **二、登记缴费**

（一）参保人员按照集中参保期次年末的实际年龄的缴费标准缴费。

（二）已核定为本市高龄老人、职工老年遗属、重残人员，以及特困人员、民政定期定量补助对象、最低生活保障家庭成员、社会散居孤儿和困境儿童基本生活保障对象，无需办理参保登记缴费手续。

（三）参保人员在集中参保期内提出退保的，个人缴费部分可以退还本人；在城乡居民医保待遇享受期内，不办理退费、退保手续。

### 三、待遇享受

（一）在居民医保集中参保期内缴纳基本医疗保险费且连续参保的人员，自下一年度起享受居民医保待遇。除新生儿等特殊群体外，在非集中参保期内参保或者未连续参保的人员参保，在待遇等待期满后，享受城乡居民基本医疗保险待遇。

（二）参保人员在参保年度内享受其他基本医疗保险待遇的，不再重复享受本市城乡居民医保待遇。

（三）有待遇等待期的参保人，待遇起始日期为缴费到账日加待遇等待期月数。

（四）新生儿出生当年及次年参加城乡居民医保均不设待遇等待期。新生儿出生90天内，可按规定参加出生当年及次年城乡居民医保。新生儿出生90天内参加出生当年城乡居民医保的，出生即可享受城乡居民医保待遇；仅参加出生次年城乡居民医保的，待遇起始日期为次年1月1日。新生儿出生90天后参加出生当年城乡居民医保，待遇起始日期为缴费到账日。出生当年未参保，出生次年补缴出生当年城乡居民医保，待遇不追溯。

（五）参保人员因就业等个人状态变化在职工医保和居民医保间切换医保关系，存在连续中断3个月以上无本市

或异地基本医疗保险待遇情形，但个人状态变化年度进行当年度居民医保缴费的，不设待遇等待期。

（六）年内动态新增的特殊人员取得特殊身份当年及次年3月底前，参加居民医保不设待遇等待期；取得特殊身份前的待遇等待期暂缓执行；恢复普通人员身份继续参加居民医保的，2025年起至取得特殊人员身份前累计的待遇等待期继续执行。年内动态新增的人员，应当按规定参加其他基本医疗保险但未参保缴费的，不属于前述特殊人员。

#### **四、就医管理**

参保人员持本人社会保障卡或医保电子凭证等医疗保障凭证在定点医药机构就医购药。

参保人员按规定办理跨省异地就医备案手续后，可以在备案地开通异地就医直接结算的定点医疗机构享受异地就医直接结算服务。

#### **五、医疗费用的手工报销**

（一）参保人员因院前急救或急诊期间发生的医疗费用；以及参保人员办理异地就医备案后，因结算网络系统、医疗保障凭证等故障导致无法直接结算的医疗费用，先由参保人员个人支付，事后可凭有关资料到医疗保障经办机构申请报销符合基本医疗保险规定的医疗费用。

（二）参保人员未办理异地就医备案的，在外省市发生门诊或住院医疗费用的，先由参保人员个人支付，6个月内可到本市医疗保障经办机构补备案后，凭有关资料申请报销符合基本医疗保险规定的医疗费用。

（三）参保人员按规定在外省市就医所发生的医疗费用

的手工报销，应当按照规定的药品、医用耗材和医疗服务项目目录执行。参保人员能够提供当地医疗保险有关规定的，可以参照执行当地的有关规定，但申请报销时不得同时依照两个地区的规定。

（四）参保人员可以在就医医疗机构开具收据之日起的6个月内，提出报销医疗费用的申请。

## 六、其他

（一）参保人员暂不执行职工基本医疗保险部分诊疗项目、药品按比例分类支付的规定。

（二）参保人员因计划生育手术及其后遗症所发生的医疗费用，按照国家和本市的有关规定执行。

（三）本实施细则自2026年1月1日起施行，有效期至2030年12月31日。