

上海市医疗保障局

沪医保规〔2025〕7号

关于印发《上海市职工基本医疗保险 办法实施细则》的通知

各有关单位：

现将《上海市职工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8月29日

（此件公开发布）

上海市职工基本医疗保险办法实施细则

为了保证本市医疗保险制度的实施，根据《上海市医疗保障条例》《上海市职工基本医疗保险办法》（以下简称《职工医保办法》）等规定制定本细则。

一、适用范围

（一）《职工医保办法》所称的用人单位，包括国家和本市规定的中央及外省市在沪单位。

（二）《职工医保办法》所称的职工包括：

1.在职职工（含灵活就业人员），以及按国家和本市规定办理退休、退职手续的人员；

2.退役军人事务部门管理的一至六级残疾退役军人，移交退役军人事务部门管理的军队退休人员，退休后由退役军人事务部门发放退休金的无军籍职工；

3.用人单位中的职工不包括征地养老人员。

二、医疗保险的登记

（一）用人单位应当向办理基本养老保险手续的区社会保险经办机构办理医疗保险的登记、变更、注销手续。

（二）社会保险经办机构应当将用人单位进行登记、变更、注销手续的情况，每月告知市医疗保险事业管理中心（以下简称市医保中心）。

三、医疗保险费的缴纳和医疗保险待遇的享受

（一）用人单位应当在每月规定的期限内，向税务部门缴纳医疗保险费，缴费基数按照同期社会保险缴费基数执行。

（二）用人单位和职工按规定缴纳医疗保险费的，职工自次月起享受《职工医保办法》规定的医疗保险待遇，以及使用个人医疗账户资金。

（三）应当缴纳医疗保险费的用人单位和职工，未缴费或者未足额缴费的，职工自次月起停止享受医疗保险待遇。用人单位和职工在足额补缴医疗保险费的次月，职工方可继续享受医疗保险待遇，停止待遇期间所发生的医疗费用，基本医疗保险基金不予支付。

（四）参加本市职工医保的灵活就业人员，享受医疗保险待遇的等待期为 6 个月。灵活就业人员自缴纳医疗保险费的次月起，可以使用个人医疗账户资金，连续缴费满 6 个月并按规定继续缴纳医疗保险费的，可享受《职工医保办法》规定的医疗保险待遇。等待期期间中断缴费的，待遇等待期重新计算。

参加职工医保并享受相应待遇的在职职工和参加城乡居民医保并享受相应待遇的城乡居民，在中断享受职工医保待遇或城乡居民医保待遇后的 3 个月内以灵活就业人员身份参加职工医保并按规定缴费的，不受待遇等待期规定限制。

四、医疗保险缴费年限的计算

《职工医保办法》所称的医疗保险缴费年限，包括医疗保险实际缴费年限和视作缴费年限，计算办法如下：

（一）实际缴费年限为自本市职工基本医疗保险制度实施后职工实际缴纳医疗保险费的年限。

（二）视作缴费年限为 1992 年年底以前的连续工龄以及

1993 年 1 月到本市职工基本医疗保险制度实施前个人缴纳基本养老保险费的年限。

五、医疗保障凭证

（一）职工的医疗保障凭证，包括社会保障卡、社会保障卡（医疗保险专用）、医保电子凭证（医保码）等规定的凭证。

（二）职工应当持医疗保障凭证到定点医疗机构就医或者到定点零售药店配药。

六、就医管理

（一）职工需门诊大病医疗的，可按规定到大病医疗的定点医疗机构办理登记手续。每次登记的有效期为 6 个月，超过 6 个月后需要继续医疗或在 6 个月内需要变更定点医疗机构的，可按规定到大病医疗的定点医疗机构重新办理登记或者到新变更后的定点医疗机构办理登记手续。

（二）职工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医保定点医疗机构享受异地就医直接结算服务。

七、医疗保险年度

（一）本市实行医疗保险年度（以下简称医保年度），医保年度为每年的 7 月 1 日至次年 6 月 30 日。个人医疗账户的资金计入数额、统筹基金起付标准和最高支付限额、门急诊自负段标准等，均按一个医保年度计算。

（二）在同一医保年度中，职工新参加或者恢复参加医疗保险的，其统筹基金起付标准和最高支付限额以及门急诊自负段标准不变。

（三）在同一医保年度中，职工住院或者急诊观察室留院观察时由在职转为退休的，在出院时按退休人员的统筹基金起付标准执行。

（四）职工住院或者急诊观察室留院观察跨医保年度的，按出院时所处医保年度的统筹基金起付标准和最高支付限额执行。

（五）在同一医保年度中，职工由在职转为退休的，其门急诊医疗费用中的自负额，在职时按在职职工的自负段标准执行，退休时按退休人员的自负段标准执行。职工在退休前自负的门急诊医疗费用未达到退休人员门急诊自负段标准的，应继续自负到退休人员门急诊自负段标准。

八、医疗费用的手工报销

（一）职工因院前急救或急诊期间发生的医疗费用；以及职工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，先由职工个人支付，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）职工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，先由职工个人支付，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）医疗费用手工报销时，个人医疗账户资金的扣减、统筹基金起付标准和最高支付限额以及门急诊自负段标准，按照职工发生医疗费用时医保年度的有关标准执行。

（四）职工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。职工能够提供当地医疗保险有关规定的，可以参照执行当地的相关规定，但申请报销时不得同时依照两个地区的规定。

（五）职工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。

九、其他

（一）本市老红军、离休干部、一至六级残疾退役军人（六级以上伤残人民警察），不建立个人医疗账户，不实行个人自负医疗费，不设统筹基金起付标准和最高支付限额，其发生的医疗费用单独结算、单独管理。

（二）《职工医保办法》规定的个人医疗账户资金计入标准、统筹基金起付标准和最高支付限额以及门急诊自负段标准，由市医疗保障局在每一医保年度开始前按照有关规定确定并公布。

（三）本实施细则自 2025 年 9 月 10 日起施行，有效期至 2030 年 9 月 9 日。《关于本市城镇从事自由职业人员、无雇工的个体工商户以及其他灵活就业人员享受基本医疗保险待遇设置等待期的通知》（沪人社医发〔2012〕45 号）同时废止。

（此页无正文）

上海市医疗保障局办公室

2025 年 8 月 29 日印发
