（以下附錄節錄自廣州市人力資源和社會保障局的網站，全文可參閱
http://www.hrssgz.gov.cn/tzgg/shbx/gsysybx/201508/t20150817_234183.htm）

附錄

广州市人民政府办公厅文件

穗府办〔2015〕41号

广州市人民政府办公厅关于印发广州市职工生育保险实施办法的通知

各区人民政府，市政府各部门、各直属机构：

《广州市职工生育保险实施办法》业经市人民政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。执行中遇到的问题，请径向市人力资源和社会保障局反映。

广州市人民政府办公厅

2015年8月4日

— 1 —

广州市职工生育保险实施办法

第一条 为使职工在生育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》、《广东省职工生育保险规定》等法律、法规、规章，结合本市实际，制定本办法。

第二条 本市行政区域内的国家机关、企事业单位、社会团体、民办非企业单位、基金会、律师事务所、会计师事务所等组织和有雇工的个体工商户（以下统称用人单位），应当为本单位的全部职工（含雇工，以下统称职工）参加生育保险，并按规定缴纳生育保险费。

第三条 用人单位及其职工在用人单位注册登记地所在区参加生育保险。用人单位为国家机关、人民团体的，在单位所在地的区参加生育保险。

中央驻粤单位、省属单位及其职工，有非军籍职工的军队、武警部队所属用人单位及其非军籍职工，在本市参加社会医疗保险的，同时在本市参加生育保险。

第四条 市社会保险行政主管部门负责本办法的组织实施，并负责本市生育保险管理工作。各区社会保险行政主管部门负责本行政区域内的生育保险管理工作。

社会保险费征收机构负责生育保险费征收等工作。

市（区）社会保险经办机构具体承办生育保险参保登记、

生育保险费核定、个人权益记录、生育保险待遇支付等事务，负责提供生育保险业务咨询、信息查询等服务。

市（区）发展改革、财政、卫生计生、审计、工商、食品药品监管、地税、工会、妇联等有关部门，按照各自职责分工，协同实施本办法。

第五条 生育保险基金按照以支定收、收支平衡的原则筹集和使用。生育保险费由用人单位缴纳，职工个人不缴费。

当生育保险基金出现收不抵支时，由各级财政给予补足。

第六条 生育保险基金由以下各项资金构成：

（一）生育保险费；

（二）生育保险基金的利息；

（三）滞纳金；

（四）财政补贴；

（五）依法纳入生育保险基金的其他资金。

第七条 用人单位应当按本单位上月全部在职职工工资总额0.85%的比例，按月缴纳生育保险费。

用人单位上月职工工资总额超过本市上年度在岗职工月平均工资的3倍乘以本单位职工人数之积的，超过部分不计算为缴费基数。

用人单位无上月职工工资总额的，以本单位本月职工工资总额为缴费基数。

第八条 本市生育保险基金实行市级统筹，统一筹集、统一

管理。

生育保险基金纳入社会保障基金财政专户，实行收支两条线管理，分账核算，专款专用，任何单位和个人不得挤占挪用。

第九条 用人单位已为其全部职工参加本市生育保险，并按时足额缴纳生育保险费的，其职工（以下统称参保人）按规定享受相应的生育保险待遇。

本市生育保险待遇项目包括生育医疗费用（含生育的医疗费用和计划生育手术的医疗费用，下同）和生育津贴。

第十条 生育保险基金支付参保人生育医疗费用应当符合国家和省规定的生育保险药品目录和基本医疗保险诊疗项目、医疗服务设施标准（以下统称“三个目录”）的规定。

参保人按规定就医发生的、符合诊疗规范和“三个目录”范围的以下医疗费用，由生育保险基金支付:

（一）生育的医疗费用：女职工在孕产期内因怀孕、分娩发生的医疗费用，包括符合规定的产前检查的费用，终止妊娠的费用，分娩住院期间的接生费、手术费、住院费、药费及诊治妊娠合并症、并发症的费用。产前检查项目按照《广东省人力资源和社会保障厅关于职工生育保险产前检查项目的通知》（粤人社规〔2014〕6号）的规定执行。产前检查项目分为常规项目和备查项目，定点医疗机构可根据产科行业规范和参保人妊娠的实际需要确定检查项目及其检查次数。

（二）计划生育手术的医疗费用：包括职工放置或者取出宫

内节育器，施行输卵管、输精管结扎或者复通手术、人工流产、引产术等发生的医疗费用。

（三）法律、法规、规章规定的其他项目费用。

参保人在生育期间发生的不属于生育保险基金支付范围的医疗费用，按规定纳入社会医疗保险基金支付范围。

第十一条 以下费用生育保险基金不予支付：

（一）因医疗事故依法应由事故责任方承担的生育医疗费用；

（二）应当由公共卫生或者计划生育技术服务项目负担的费用；

（三）应当由社会医疗保险基金或者工伤保险基金支付的费用；

（四）在国外或者港澳台地区发生的生育医疗费用；

（五）参保人或其亲属自主选择的特殊医疗服务或超规定范围的诊疗费用及服务设施费用；

（六）法律、法规、规章规定不应当由生育保险基金支付的其他费用。

第十二条 生育津贴由生育保险基金按照参保人生育或者施行计划生育手术时用人单位上年度职工月平均工资除以30再乘以规定的假期天数计发。

用人单位上年度职工月平均工资，按照社会保险经办机构核定的本单位上一自然年度参保职工各月工资总额之和除以其各月

参保职工数之和确定。用人单位无上年度职工月平均工资的，生育津贴以本单位本年度职工月平均工资为基数计算。

第十三条 参保人享受生育津贴的假期天数，按照下列规定计算：

（一）参保人生育假期：顺产的，98天；难产（剖腹产、会阴Ⅲ度破裂）另加30天；吸引产、钳产、臀位牵引产另加15天；生育多胞胎的，每多生育1个婴儿，增加15天。怀孕2个月以下流产的，15天；怀孕2个月以上4个月以下流产的，30天；怀孕4个月以上（含4个月）至7个月以下流产的，45天；怀孕满7个月以上发生死胎和早产不成活的，75天。参保人因生育而导致死亡，享受生育津贴的假期按产前15天及产后至死亡时的实际天数计算。

（二）参保人计划生育手术假期：取出宫内节育器的，2天；放置宫内节育器的，3天；施行输卵管结扎的，30天；施行输精管结扎的，10天；施行输卵管或者输精管复通手术的，14天。同时施行上述两种节育手术的，合并计算假期。

（三）属于计划生育奖励假期或晚婚、晚育奖励假期以及看护假期，参保人不享受生育津贴，由用人单位按有关规定支付产假工资。

国家、省、市对生育休假或者计划生育手术休假作出新规定的，从其规定。

第十四条 参保人根据相关规定享受产假或者计划生育手术

休假期间，生育保险基金按以下规定计发生育津贴：

（一）参保人参加本市生育保险累计缴费满1年的，其应当享受的生育津贴，由社会保险经办机构按月计发给用人单位。

（二）参保人在享受生育保险待遇期间，用人单位停止为其继续缴纳生育保险费的，从停止缴费当月起，生育保险基金停止对用人单位支付生育津贴，欠缴费期间参保人的产假工资由用人单位支付。

第十五条 参保人参加本市生育保险累计缴费满1年的，用人单位应当在参保人生育或者施行计划生育手术的次月起1年内，向社会保险经办机构申请支付生育津贴，并应当提供如下资料：

（一）享受生育保险待遇申请表；

（二）参保人有效身份证件（原件核实后存留复印件）；

（三）婴儿出生医学证明或者死亡证明；

（四）符合计划生育规定的证明材料（原件核实后存留复印件）；

（五）难产、生育多胞胎或者终止妊娠或者计划生育手术的，还应当提供医疗机构的诊断证明。

第十六条 参保人参加本市生育保险累计缴费未满1年的，用人单位应当在其累计缴费满12个月之后的1年内，向社会保险经办机构申请支付生育津贴。用人单位申请支付此类参保人的生育津贴，应当按本办法第十五条的规定提供资料外，还须补充

以下资料：

（一）劳动合同或者用人单位的招录证明。属于劳务派遣的，还需提供劳务派遣协议；

（二）职工就业期间的工资支付凭证；

（三）用人单位的营业执照、登记证书或者机构代码证。

第十七条 用人单位逾期未提供申请支付生育津贴资料的，社会保险经办机构不再支付其参保人的生育津贴。

社会保险经办机构收到用人单位申请支付生育津贴的资料后，经审核符合支付条件的，应当在收到申请之日起30日内支付生育津贴；不符合支付条件的，应当在30日内作出不予支付的书面决定并说明理由和依据。

第十八条 市社会保险行政主管部门负责确定本市生育保险定点医疗机构（以下简称定点医疗机构）。社会保险经办机构应当与定点医疗机构签订服务协议，明确服务项目、双方权利、义务、责任及有关费用结算标准等事宜，并将定点医疗机构的名单向社会公布。

第十九条 参保人参加本市生育保险累计缴费满1年的，应当于妊娠满12周后，按以下办法办理就医确认手续：

（一）参保人应当自主选定本市一家定点医疗机构申报办理就医确认手续，并按规定提供有关资料。

（二）办理参保人就医确认手续的定点医疗机构应当将参保人的有关资料即时传递给社会保险经办机构。

（三）经社会保险经办机构审核符合享受生育保险待遇条件的，即在生育保险信息系统中作出标识，传递给办理就医确认手续的定点医疗机构，该机构即成为参保人“选定医疗机构”。

（四）办理就医确认手续的参保人首次在选定医疗机构产前检查时，由选定医疗机构为其打印确认回执，作为参保人的就医凭证。

（五）参保人在享受生育医疗费用待遇期间，原则上不得改变选定医疗机构。因医疗条件限制、住所变化等特殊事由确需变更选定医疗机构的，应当持原就医确认凭证和变更事由的相关凭证，向社会保险经办机构申请办理变更手续。

（六）办理就医确认手续应当提供以下资料：

1. 办理生育保险就医确认申请表；

2.《广州市孕产妇保健系统管理手册》；

3. 符合计划生育规定的证明（原件核实后存留复印件）；

4. 有效身份证件（原件核实后存留复印件）；

5. 近期证件照片。

第二十条 参保人享受本市生育保险待遇应当执行以下就医管理规定：

（一）参保人须在办理就医确认手续的选定医疗机构产前检查和分娩。参保人选定的医疗机构，其同一法人机构管理的本市其他同等级别的定点医疗机构即可视同参保人的选定医疗机构（以下统称视同选定医疗机构）。参保人因急诊分娩可在非选定

医疗机构就医，待病情稳定后应及时转往选定医疗机构。

（二）参保人需流产、引产或施行计划生育手术的，不需办理就医确认手续，凭符合计划生育规定的证明材料，自主选择本市定点医疗机构就医。

（三）参保人因病情需要转往高一级定点医疗机构或专科定点医疗机构诊治，须经转出定点医疗机构科室申请、报该机构医务科同意。转院时，转出、转入定点医疗机构须分别填写《广州市职工生育保险参保人转院登记表》（以下简称《转院登记表》）。

（四）参保人因特殊情况需在异地产检、分娩或实施计划生育的，须在异地就医前经单位确认填写《广州市职工生育保险参保人异地就医申请表》（以下简称《异地就医申请表》），并携相关资料，经社会保险经办机构审核同意后，可按规定享受生育保险待遇。

第二十一条 参保人就医发生的符合生育保险规定的生育医疗费用，由社会保险经办机构与定点医疗机构按生育的医疗费用和计划生育手术的医疗费用平均定额标准（以下简称定额标准）结算。其中，生育的医疗费用定额标准按“产前检查费用定额标准”和“住院分娩费用定额标准”分别确定。

定额标准由市社会保险行政主管部门另行确定，并由社会保险经办机构与定点医疗机构签订服务协议实施。

严重高危妊娠病种范围参照市卫生计生行政主管部门编制的《广州市高危妊娠管理办法》的规定执行。

参保人办理就医确认后在定点医疗机构发生的符合规定的生育医疗费用总额在1万元（含1万元）以内的，由社会保险经办机构与定点医疗机构按定额标准结算；超过1万元的部分，由社会保险经办机构审核后，按服务项目方式结算。

参保人自主选择“无痛分娩”等特殊医疗服务，超过基本医疗服务或“三个目录”规定标准的费用部分，由参保人负担；参保人自主选择“三个目录”规定范围以外的高新技术服务费用，由参保人全额负担。

第二十二条 参保人按规定就医发生的生育医疗费用，属于个人支付的，由定点医疗机构向个人收取；应由生育保险基金支付的，由定点医疗机构先行记账，每月汇总后，提供《广州市职工生育保险医疗费结算申报表》及病历等相关资料，向社会保险经办机构申报结算。

参保人在多家视同选定医疗机构就医发生的生育医疗费用（含产前检查等费用），由参保人选定的医疗机构并账，按一个生育人次相应产式（或者术式）的定额标准，向社会保险经办机构申报结算。

第二十三条 转出和转入定点医疗机构分别凭《转院登记表》向社会保险经办机构申报结算费用。社会保险经办机构按定额标准与转出和转入定点医疗机构分别结算。参保人在转出和转入定点医疗机构发生的生育医疗费用未达到定额标准70%的（不含70%），按实际费用结算；达到70%以上的按定额标准结

算。

第二十四条 在一个社会保险年度内，定点医疗机构为参保人提供优质医疗服务且无违反生育保险规定，参保人实际发生的生育医疗费用总额达到定额偿付总额90%以上的，由社会保险经办机构按定额标准全额偿付；未达到定额偿付总额90%的（不含90%），按实际费用额偿付。

第二十五条 参保人因急诊在非选定医疗机构就医、经批准在异地就医以及其他符合规定情形发生的生育医疗费用，可凭相关资料向社会保险经办机构申请报销。经审核后，属于符合规定的费用低于本市同等级定点医疗机构定额标准的，按实际报销；高于定额标准的，按定额标准报销。

参保人已在选定医疗机构享受产前检查待遇的，只给予报销相应住院分娩费用，属于符合规定的实际住院分娩费用低于本市同等级定点医疗机构住院分娩费用定额标准的，按实际报销；高于定额标准的，按定额标准报销。

第二十六条 参保人参加本市生育保险累计缴费满1年、未办理就医确认手续或未按规定就医的，可在其分娩、人流、计划生育手术后1年内，由用人单位或参保人凭相关资料向社会保险经办机构申请支付一次性生育医疗费用补贴。补贴限额标准为本市同等级定点医疗机构相应定额标准的60%。

第二十七条 在参加本市生育保险期间妊娠或施行计划生育手术但累计缴费未满1年的，可待其累计缴费满12个月后的1

年内，由用人单位凭相关资料向社会保险经办机构申请报销，限额报销标准为本市同等级定点医疗机构相应定额标准的80%。

第二十八条 参保人或用人单位申请报销生育医疗费用应当提供以下资料：

（一）生育保险待遇申请表；

（二）医疗收费票据原件；

（三）医疗收费明细清单；

（四）医院病历及诊断证明；

（五）符合计划生育规定的证明材料；

（六）属异地就医的，需提供异地就医申请表；

（七）参保人累计缴纳生育保险费满12个月之后申请报销生育医疗费用的，还须补充劳动合同或者用人单位的招录证明，属于劳务派遣的，还需提供劳务派遣协议，职工就业期间的工资支付凭证，用人单位的营业执照、登记证书或者机构代码证。

第二十九条 参加本市生育保险的男职工的未就业配偶（以下简称未就业配偶），同时具备以下条件的，可按规定享受本市生育保险待遇：

（一）未就业配偶持有效的本市失业登记证件；

（二）未就业配偶未享受本市或户籍所在地的城乡居民基本医疗保险（含城镇居民基本医疗保险或新型农村合作医疗）待遇。

第三十条 未就业配偶只可享受本市生育医疗费用待遇，不

享受生育津贴待遇。未就业配偶享受生育医疗费用的待遇标准，参照本市城乡居民基本医疗保险生育医疗待遇标准执行。具体标准如下：

（一）符合规定的产前检查医疗费用，由生育保险基金按每人每孕次300元的标准限额支付。

（二）终止妊娠或者施行计划生育手术发生的属于符合规定的门诊医疗费用，由生育保险基金按50%的标准支付。

（三）住院期间发生的符合规定的生育医疗费用，由生育保险基金按一级医疗机构85%、二级医疗机构70%、三级医疗机构55%的比例支付。

（四）生育保险基金对未就业配偶发生的门诊和住院生育医疗费用的支付限额，参照本市同等级定点医疗机构相应定额标准执行。

第三十一条 未就业配偶的就医管理和生育医疗费用零星报销标准，参照参保人的相关规定执行。

第三十二条 未就业配偶享受生育医疗费用待遇，由参保男职工的用人单位办理申领手续。办理未就业配偶待遇申领手续所需资料，除按参保人的资料要求外，还需提供如下资料：

（一）本市失业登记证明资料；

（二）与参保男职工配偶关系的证明资料；

（三）户籍所在地的县以上社会保险经办机构或卫生部门出具的未参加城乡居民基本医疗保险（含城镇居民基本医疗保险或

新型农村合作医疗）的证明资料。

第三十三条 在本市用人单位合法就业并按规定参加本市生育保险的外国（境）籍人员，按以下规定享受生育保险待遇：

（一）夫妇双方均为外国（境）籍人员的，不受我国计划生育政策的调整，在本市享受生育保险待遇的次数（不包含终止妊娠、计划生育手术）最多不得超过两次。

（二）外国（境）籍人员在国外或者港澳台地区发生的生育医疗费用，生育保险基金不予支付。

（三）未婚外国（境）籍人员生育的，不得享受生育保险待遇。

外国（境）籍人员申请享受本市生育保险待遇除按本办法规定提供资料外，还须提供合法就业证明资料和夫妻双方有效护照或港澳台通行证；夫妇一方为本国公民的，还应当提供符合计划生育规定的证明。

第三十四条 职工失业前已参加本市生育保险的，在领取失业保险金期间可按照本市生育保险的相关规定享受生育医疗费用待遇。

第三十五条 参保人达到法定退休年龄人员在享受按月领取本市养老待遇期间，可按规定享受本市生育医疗费用待遇。

第三十六条 参保人按照规定享受产假或者计划生育手术休假期间，用人单位因被吊销营业执照、责令关闭、撤销等客观原因，停止为其缴纳生育保险费、并未支付产假工资的，参保人可

按规定继续享受本市生育津贴待遇。

参保人按照前款规定申报支付生育津贴的，应当在产假或者计划生育手术休假结束后1年内，向社会保险经办机构提供本办法规定的资料外，还需提交相关劳动合同、劳务派遣协议或者用人单位的招录证明、用人单位未支付生育津贴的证明资料。

第三十七条 社会保险经办机构收到参保人或用人单位申报支付生育医疗费用待遇资料后，经审核符合支付条件的，应当在30日内支付有关费用；不符合支付条件的，应当在30日内作出不予支付的书面决定并说明理由和依据。

第三十八条 市社会保险、财政、审计行政主管部门应当按照各自职责，对生育保险基金的收支、管理和投资运营情况实施监督。

社会保险经办机构、社会保险费征收机构应当及时核查用人单位申报、缴纳生育保险费的真实信息，监督用人单位依法参加生育保险。

社会保险经办机构应当对用人单位申请享受生育保险待遇的有关资料依法审核，必要时还应当对有关情况进行实地核查。发现有违法情形的，应当及时移送社会保险行政主管部门依法处理。

第三十九条 用人单位应当将缴纳生育保险费的有关情况告知职工本人，接受职工监督。

社会保险经办机构应当定期向社会公布生育保险基金的收

入、支出、结余和收益情况，接受社会监督。

定点医疗机构、负责计划生育工作的部门或者机构发现有违反生育保险规定的行为的，应当及时将有关情况告知社会保险经办机构。

任何组织或者个人对违反生育保险政策、法规的行为，有权向社会保险行政主管部门或者其他有关部门、机构举报、投诉。社会保险行政主管部门或者其他有关部门、机构应当及时依法处理。

第四十条 用人单位未按规定为职工办理生育保险参保登记或者未按时足额缴费造成职工不能享受生育保险待遇的，由用人单位按本办法规定的待遇项目和标准向职工支付相关费用。

用人单位未如实申报单位的缴费工资总额而导致职工生育保险待遇权益受损的，由用人单位承担相应责任。

第四十一条 以欺诈、伪造证明资料或者其他不正当手段骗取生育保险待遇的，按照《中华人民共和国社会保险法》第八十八条规定处理。

第四十二条 市社会保险行政主管部门可根据本办法制定配套服务管理办法。

第四十三条 关于假期“月数”的计算方法：按产科学的概念，7天为一孕周，4周为一孕月计算。

第四十四条 本办法自2015年10月1日起施行。有效期为5年。有效期届满，或者本办法施行过程中，可根据相关法律、

法规调整或者实际情况变化予以修订。自本办法实施之日起，与本办法不一致的本市生育保险有关规定同时废止。

公开方式：主动公开

抄送：省府办公厅，市委各部委办局，市人大常委会办公厅，市政协办公厅，市纪委办公厅，广州警备区，市法院，市检察院，市地税局，各民主党派，市工商联，各人民团体，各新闻单位。	
广州市人民政府办公厅秘书处	2015 年 8 月 11 日印发