天津市职工生育保险规定

　　第一条 为保障女职工在生育期间得到必要的经济补偿和医疗保障，根据《中华人民共和国劳动法》、《中华人民共和国社会保险法》、《女职工劳动保护特别规定》（国务院令第619号）和有关法律、法规，结合本市实际，制定本规定。

　　第二条 本规定适用于本市行政区域内的机关、社会团体、企事业单位、民办非企业单位、其他组织和有雇工的个体工商户（以下统称用人单位）及其职工。

　　第三条 市人力社保行政部门主管全市生育保险工作。区人力社保行政部门负责组织实施本行政区域内生育保险工作。

　　市人力社保行政部门所属的社会保险经办机构负责生育保险费征缴和具体经办工作。

　　财政、卫生计生、价格、市场监管等部门按照各自职责，协助人力社保行政部门开展生育保险工作。

　　第四条 本市建立生育保险基金。生育保险基金按照“以支定收、收支基本平衡”的原则实行全市统筹。

　　第五条 生育保险基金由下列各项构成：

　　（一）用人单位缴纳的生育保险费；

　　（二）生育保险基金的利息；

　　（三）滞纳金；

　　（四）其他资金。

　　第六条 生育保险基金纳入社会保险财政专户管理，专款专用，任何单位和个人不得挤占和挪用。生育保险基金不计征税费。

　　第七条 生育保险基金收支预算、决算由社会保险经办机构编制，经市人力社保行政部门同意、市财政部门审核后，报市人民政府审批。

　　第八条 市人力社保、财政部门对生育保险基金实施监督管理。市审计部门依法对社会保险经办机构的生育保险基金收支和管理情况进行审计。

　　第九条 成立由用人单位代表、参保人员代表以及工会代表、专家等组成的社会保险监督委员会，掌握、分析社会保险基金的收支、管理和投资运营情况，对生育保险工作提出咨询意见和建议，实施社会监督。

　　第十条 生育保险费由市社会保险经办机构依法征缴。

　　第十一条 用人单位应当按照上年度职工月平均工资之和的0.5%按月缴纳生育保险费。职工不缴纳生育保险费。

　　用人单位上年度职工月平均工资低于上年度本市职工月平均工资60%的，按照上年度本市职工月平均工资的60%计算；用人单位上年度职工月平均工资高于上年度本市职工月平均工资300%的，按照上年度本市职工月平均工资的300%计算。

　　用人单位上年度职工月平均工资无法确定的，按照上年度本市职工月平均工资计算。

　　用人单位缴纳的生育保险费在税前列支。

　　第十二条 生育保险费率需要调整时，由市人力社保行政部门会同市财政等部门提出意见，报市人民政府批准。

　　第十三条 用人单位被依法宣告撤销、解散和破产以及由于其他原因宣布终止的，应当在资产清算时，按照本市上年度人均生育保险基金支付的生育保险待遇水平，预留已怀孕女职工生育保险费。

　　第十四条 享受生育保险待遇的职工应当具备下列条件：

　　（一）用人单位按照规定参加生育保险，并按月足额缴纳生育保险费；

　　（二）生育或实施计划生育手术符合国家和本市计划生育规定。

　　第十五条 生育保险待遇包括生育医疗费用和生育津贴。

　　（一）生育医疗费用包括下列各项：

　　1．生育的医疗费用；

　　2．计划生育的医疗费用；

　　3．法律、法规规定的其他项目费用。

　　（二）职工有下列情形之一的，可以按照国家和本市规定享受生育津贴：

　　1．女职工生育享受产假；

　　2．享受计划生育手术休假；

　　3．法律、法规规定的其他情形。

　　第十六条 符合计划生育规定怀孕的女职工生育或终止妊娠，按日享受生育津贴。生育津贴日标准按照其所在单位上年度职工月平均工资除以30.4计算。

　　（一）妊娠不满12周终止妊娠的，享受15天生育津贴；

　　（二）妊娠满12周至不满16周终止妊娠的，享受30天生育津贴；

　　（三）妊娠满16周至不满28周终止妊娠的，享受42天生育津贴；

　　（四）妊娠满28周以上终止妊娠的，享受98天生育津贴；

　　（五）生育婴儿的，在享受98天产假期间生育津贴的基础上，增加30天生育津贴。

　　第十七条 女职工符合计划生育规定生育，遇有下列情况时，增加生育津贴：

　　（一）多胞胎生育的，每多生育一个婴儿，增加15天的生育津贴；

　　（二）难产的，增加15天的生育津贴；

　　（三）分娩时实施输卵管结扎术的，增加14天的生育津贴。

　　第十八条 女职工生育期间（分娩期除外）发生并发症的，其医疗费按照本市职工基本医疗保险规定，由医疗保险基金支付。

　　第十九条 经计划生育并发症鉴定机构鉴定，因治疗计划生育手术并发症发生的医疗费用，由生育保险基金支付。

　　第二十条 有下列情形之一的，生育保险基金不予支付医疗费用：

　　（一）违反国家和本市计划生育规定发生的医疗费用；

　　（二）因医疗事故发生的医疗费用；

　　（三）在非定点医疗机构发生的医疗费用；

　　（四）按照规定应当由职工个人负担的医疗费用。

　　第二十一条 生育保险的用药范围、诊疗项目和医疗服务设施标准，按照本市基本医疗保险有关规定执行，但有关增付的规定除外。

　　第二十二条 产前检查费、生育医疗费和计划生育手术医疗费等费用的支付标准和结算办法，由市人力社保行政部门另行制定。

　　第二十三条 实行定点医药机构协议管理。职工生育、实施计划生育手术等，应当到具有助产、计划生育技术服务资质的基本医疗保险定点医疗机构生产或就医。

　　社会保险经办机构应当与具有助产、计划生育技术服务资质的基本医疗保险定点医疗机构签订协议，并向社会公布。

　　第二十四条 用人单位不按照本规定参加生育保险、缴纳生育保险费，或者欠缴、少缴生育保险费的，按照法律、法规和本市有关规定处理。

　　第二十五条 人力社保、卫生计生、市场监管、价格行政部门依法对定点医药机构实施监督。定点医药机构违反医疗、药品、价格等管理规定的，依法处理；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

　　第二十六条 用人单位或者个人采取虚报、冒领等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》等有关规定处理；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

　　第二十七条 人力社保行政部门、社会保险经办机构的工作人员因违反规定造成生育保险基金损失的，依法追回损失的生育保险基金，并按有关规定给予行政处分；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

　　第二十八条 本规定自2016年11月23日起施行，有效期五年。此前规定与本规定不一致的，按照本规定执行。