

广东省职工生育保险规定

第一章 总 则

第一条 为了使职工在生育期间获得基本的医疗和生活保障，均衡用人单位生育费用负担，促进公平就业，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》等法律、法规，结合本省实际，制定本规定。

第二条 本省行政区域内的国家机关、企业、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）及其全部职工和雇工（以下统称职工）参加生育保险，适用本规定。

第三条 用人单位及其职工按照属地管理原则在用人单位注册登记地参加生育保险。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，在本单位参加职工基本医疗保险所在地参加生育保险。

第四条 县级以上人民政府社会保险行政部门负责本行政区域的生育保险管理工作，其他有关部门在各自的职责范围内负责有关的生育保险工作。

社会保险经办机构具体承办生育保险登记、生育保险费核定、个人权益记录、生育保险待遇支付等生育保险事务，负责提供生育保险业务咨询、查询等服务。

第五条 生育保险费由社会保险费征收机构负责征收。

第六条 生育保险基金及其收益、生育保险待遇按照国家规定不计征税、费。

第七条 生育保险基金由各地级以上市统筹，并按照国家规定逐步实行省级统筹。

第二章 生育保险基金

第八条 生育保险基金按照以支定收、收支平衡的原则筹集和使用。

县级以上人民政府在生育保险基金出现支付不足时，给予补足。

第九条 生育保险基金由下列各项资金构成：

- （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。

第十条 生育保险费由用人单位按月缴纳。职工个人不缴纳生育保险费。

用人单位按照不超过本单位上月职工工资总额 1%的比例缴纳生育保险费,具体缴费比例由统筹地区社会保险行政部门根据当地实际情况测算后提出,经统筹地区人民政府批准后实施,并报省社会保险行政部门备案。

用人单位上月职工工资总额超过所在地级以上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,按照所在地级以上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计算。

用人单位无上月职工工资的,以本单位本月职工工资总额为基数计算。

第十一条 生育保险基金应当存入社会保障基金财政专户并实行预算管理,单独建账,分账核算,专款专用,不得挪作他用。

存入银行的生育保险基金参照城镇职工基本医疗保险基金计息办法计息。

第三章 生育保险待遇

第十二条 用人单位已经按时足额缴纳生育保险费的,其职工享受生育保险待遇;职工未就业配偶享受生育医疗费用待遇。所需资金从生育保险基金中支付。

生育保险待遇包括生育医疗费用和生育津贴。

第十三条 职工享受的生育医疗费用包括下列各项:

(一) 生育的医疗费用,即女职工在孕产期内因怀孕、分娩发生的医疗费用,包括符合国家和省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。

(二) 计划生育的医疗费用,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。

职工未就业配偶享受的生育医疗费用待遇,参照职工所在统筹地区城镇居民基本医疗保险生育医疗待遇标准执行。

从生育保险基金中支付生育医疗费用,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。不属于生育保险基金支付范围的生育医疗费用,按照规定纳入基本医疗保险基金支付范围。

第十四条 下列医疗费用不纳入生育保险基金支付范围:

- (一) 因医疗事故发生的应当由医疗机构承担的费用;
- (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) 应当由基本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医疗费用;
- (五) 法律、法规、规章规定不应当由生育保险基金支付的其他医疗费用。

第十五条 职工应当享受的生育津贴,按照职工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。

第十六条 职工享受生育津贴的假期天数,按照下列规定计算:

(一) 女职工生育享受产假:顺产的, 98 天;难产的,增加 30 天;生育多胞胎的,每多生育 1 个婴儿,增加 15 天;怀孕未满 4 个月流产的, 15 天;怀孕满 4 个月流产的, 42 天。

(二) 享受计划生育手术休假:取出宫内节育器的, 1 天;放置宫内节育器的, 2 天;施行输卵管结扎的, 21 天;施行输精管结扎的, 7 天;施行输卵管或者输精管复通手术的, 14 天。同时施行两种节育手术的,合并计算假期。

不符合前款规定的假期期间,包括职工依照计划生育法律、法规规定享受奖励增加的产假或者看护假期间,由用人单位按照规定发放工资,职工不享受生育津贴。

统筹地区规定增加生育津贴计发项目及期限的,从其规定。

第十七条 职工按照规定享受产假或者计划生育手术休假期间,其生育津贴由用人单位按照职工原工资标准逐月垫付,再由社会保险经办机构按照规定拨付给用人单位。有条件的统筹地区可以由社会保险经办机构委托金融机构将生育津贴直接发放给职工。

职工已享受生育津贴的，视同用人单位已经支付相应数额的工资。生育津贴高于职工原工资标准的，用人单位应当将生育津贴余额支付给职工；生育津贴低于职工原工资标准的，差额部分由用人单位补足。

职工依法享受的生育津贴，按规定免征个人所得税。

本条所称职工原工资标准，是指职工依法享受产假或者计划生育手术休假前 12 个月的月平均工资。职工依法享受假期前参加工作未满 12 个月的，按其实际参加工作的月份数计算。

第十八条 职工失业前已参加生育保险的，其在领取失业保险金期间发生符合本规定的生育医疗费用，从生育保险基金中支付。

第十九条 职工达到法定退休年龄后发生符合本规定的生育医疗费用，从生育保险基金中支付。

第二十条 职工未就业配偶已享受城乡居民基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗的生育待遇或者本规定第十八条规定的待遇的，不再享受生育医疗费用待遇。

第四章 生育保险管理监督

第二十一条 各统筹地区社会保险行政部门负责在职工基本医疗保险定点医疗机构范围内确定生育保险定点医疗机构。社会保险经办机构应当与生育保险定点医疗机构签订服务协议，并将全部已签订服务协议的生育保险定点医疗机构名单向社会公布。

第二十二条 累计参加生育保险满 1 年的职工生育的，应当事先在统筹地区社会保险经办机构公布的生育保险定点医疗机构范围内选定产前检查和分娩的医疗机构，并向选定的医疗机构申请办理就医确认手续。材料齐全且符合条件的，医疗机构应当即时予以办理确认手续，并在 7 日内将相关材料及相关情况报送统筹地区社会保险经办机构。

职工因医疗条件限制、住所变化等特殊事由确需变更产前检查和分娩的医疗机构的，应当持原就医确认凭证和变更事由的相关凭证向统筹地区社会保险经办机构申请办理变更手续。

第二十三条 申请办理就医确认手续，应当提供以下材料：

- （一）就医确认申请表；
- （二）医院诊断妊娠证明；
- （三）社会保障卡等参保凭证；
- （四）享受待遇人员的身份证明；

(五) 符合计划生育规定的证明。

符合本规定第十八条、第十九条规定的人员和职工未就业配偶办理就医确认的程序及所需材料，由统筹地区规定。

第二十四条 累计参加生育保险满 1 年的职工已办理就医确认手续并且在就医确认的定点医疗机构生育的，其生育的医疗费用由统筹地区社会保险经办机构与定点医疗机构直接结算。

前款职工在分娩住院期间因诊治妊娠合并症、并发症需要，可以按照规定转至统筹地区内其他职工基本医疗保险定点医疗机构就医，所需医疗费用由统筹地区社会保险经办机构与医疗机构按照规定直接结算。

第二十五条 累计参加生育保险满 1 年的职工未办理就医确认手续而在统筹地区内定点医疗机构生育，或者已办理就医确认手续但在就医确认以外的统筹地区内定点医疗机构生育的，其生育的医疗费用先由职工个人支付，待分娩后 1 年内，凭享受生育保险待遇申请表、享受待遇人员的身份证明及参保凭证、婴儿出生或者死亡证明、相关医疗费用明细、票据和符合计划生育规定的证明等材料向统筹地区社会保险经办机构申请报销，具体报销标准由统筹地区规定。

累计参加生育保险满 1 年的职工因急诊、抢救而在统筹地区内非定点医疗机构或者统筹地区以外医疗机构生育的，其生育的医疗费用先由职工个人支付，待分娩后 1 年内，凭本条第一款规定的材料和相关医疗机构诊断证明向统筹地区社会保险经办机构申请报销。社会保险经办机构应当核实，并参照相同级别的定点医疗机构的结算标准，从生育保险基金中支付，超出部分不予支付。

累计参加生育保险满 1 年的职工非因急诊、抢救而在统筹地区内非定点医疗机构或者统筹地区以外医疗机构生育的，其生育的医疗费用由职工个人支付，待分娩后 1 年内，凭本条第一款规定的材料和相关医疗机构诊断证明向统筹地区社会保险经办机构申请拨付一次性生育保险医疗费用补贴，具体标准由统筹地区规定。

第二十六条 累计参加生育保险满 1 年的职工在统筹地区内定点医疗机构施行计划生育手术，或者因急诊、抢救而在统筹地区内非定点医疗机构、统筹地区以外医疗机构施行计划生育手术的，其计划生育的医疗费用先由职工个人支付，待手术后 1 年内，凭享受生育保险待遇申请表、享受待遇人员的身份证明及参保凭证、相关医疗机构诊断证明、医疗费用明细和票据等材料向统筹地区社会保险经办机构申请报销。有条件的地方可以由社会保险经办机构与定点医疗机构直接结算。

累计参加生育保险满 1 年的职工非因急诊、抢救而在统筹地区内非定点医疗机构或者统筹地区以外医疗机构施行计划生育手术的，按照前款规定的程序、材料和统筹地区规定的标准报销计划生育的医疗费用。

第二十七条 累计参加生育保险未满 1 年的职工生育或者施行计划生育手术的，其生育医疗费用先由职工个人支付，待其累计参加生育保险满 12 个月后的 1 年内，凭本规定第二十五条或者第二十六条规定的相应材料和下列材料向统筹地区社会保险经办机构申请报销，具体报销标准由统筹地区规定：

- （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。

第二十八条 职工未就业配偶生育或者施行计划生育手术的，其生育医疗费用支付办法由统筹地区规定。

第二十九条 按照本规定第二十五条至第二十八条规定申请支付生育医疗费用的，统筹地区社会保险经办机构应当及时审核。符合支付条件的，社会保险经办机构应当在接到申请后 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。

第三十条 职工累计参加生育保险满 1 年并且用人单位已向其垫付生育津贴的，用人单位可在职工生育或者施行计划生育手术的次月起 1 年内向统筹地区社会保险经办机构申请拨付生育津贴。

申请拨付女职工生育享受产假的生育津贴，应当提供享受生育保险待遇申请表、享受待遇人员的身份证明、婴儿出生证明或者死亡证明、用人单位垫付生育津贴的凭证、符合计划生育规定的证明。难产、生育多胞胎或者终止妊娠的，还应当提供医疗机构的诊断证明。

申请拨付职工享受计划生育手术休假的生育津贴，应当提供享受生育保险待遇申请表、享受待遇人员的身份证明、用人单位垫付生育津贴的凭证和医疗机构的诊断证明。

统筹地区规定由金融机构直接发放生育津贴的，按照其规定执行。

第三十一条 累计参加生育保险未满 1 年的职工生育或者施行计划生育手术的，用人单位可在为职工累计缴纳生育保险费满 12 个月并向职工垫付生育津贴后 1 年内，向统筹地区社会保险经办机构申请拨付生育津贴。

按照前款规定申请拨付生育津贴的，除应当相应提供本规定第三十条第二款或者第三款规定的材料外，还应当提供相关劳动合同、劳务派遣协议或者用人单位的招录证明，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。

第三十二条 职工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、撤销等客观原因或者无正当理由未垫付生育津贴的，职工本人可以在产

假或者计划生育手术休假结束后 1 年内，直接向统筹地区社会保险经办机构申请拨付生育津贴。

按照前款规定申请拨付生育津贴的，应当相应提供本规定第三十条第二款或者第三款规定中除用人单位垫付生育津贴的凭证以外的材料，以及相关劳动合同、劳务派遣协议或者用人单位的招录证明、用人单位未垫付生育津贴的证明材料。

第三十三条 符合生育津贴支付条件的，社会保险经办机构应当在接到拨付申请之日起 30 日内拨付，并将拨付情况及时告知享受待遇的职工；不符合支付条件的，应当在 30 日内作出不予拨付的书面决定并说明理由和依据。

第三十四条 负责计划生育工作的部门或者机构应当按照规定出具计划生育证明。

第三十五条 职工在本省行政区域内跨统筹地区参加生育保险的，其缴费时间累计计算。各统筹地区社会保险经办机构应当为有需要的职工出具缴费凭证。

职工和职工未就业配偶在职工最后参保地按照规定享受生育保险待遇或者生育医疗费用待遇。

第三十六条 各有关单位和职工本人应当如实反映与生育保险有关的情况，并对所提供材料的真实性负责。

职工、用人单位、医疗机构及其他有关单位、人员隐瞒事实真相、出具伪证或者以其他不正当手段参加生育保险、骗取生育保险待遇的，社会保险行政部门、社会保险经办机构、社会保险费征收机构应当记录在案，按照规定将有关人员或者单位的违法信息及时纳入相关信用信息数据库，并通过新闻媒体或者本单位门户网站予以公开。

第三十七条 社会保险行政部门、财政部门、审计机关应当按照各自职责，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、缴纳生育保险费的信息，监督用人单位依法参加生育保险。

对申请享受生育保险待遇的有关材料，社会保险经办机构应当依法审核，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部门依法处理。

第三十八条 用人单位应当按月将缴纳生育保险费的明细情况告知职工本人，接受职工监督。

社会保险经办机构应当定期向社会公布参加生育保险情况以及生育保险基金的收入、支出、结余和收益情况，接受社会监督。

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规定的行为，有权向社会保险行政部门或者其他有关部门、机构举报、投诉。社会保险行政部门或者其他有关部门、机构应当及时依法处理。

第五章 法律责任

第三十九条 用人单位未按照规定为职工办理生育保险登记或者未按时足额缴纳生育保险费的，依照《中华人民共和国社会保险法》有关规定处理；造成职工或者职工未就业配偶不能享受生育保险待遇的，由用人单位按照本规定及所在统筹地区规定的生育保险待遇标准向职工支付相关费用。

用人单位未足额申报本单位职工工资总额造成职工生育津贴损失的，由用人单位负责赔偿。

第四十条 用人单位未按照本规定第十七条第二款规定将生育津贴足额支付给职工的，由社会保险行政部门责令限期改正；逾期不改正的，可对用人单位处 2000 元以上 2 万元以下的罚款。

第四十一条 隐瞒事实真相、出具伪证或者以其他不正当手段参加生育保险的，由社会保险行政部门责令改正，并处 2000 元以上 2 万元以下的罚款；相关人员已享受生育保险待遇的，由社会保险行政部门责令退回社会保险经办机构支付的生育保险待遇费用，并处相应金额 2 倍以上 5 倍以下的罚款。涉嫌犯罪的，移送司法机关依法处理。

第四十二条 以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取生育保险基金支出或者骗取生育保险待遇的，依照《中华人民共和国社会保险法》有关规定处理。

第四十三条 各级人民政府、有关行政管理部门、社会保险经办机构、社会保险费征收机构及其工作人员未依法履行生育保险工作职责或者在生育保险工作中有违法行为的，依照《中华人民共和国社会保险法》等有关法律法规的规定处理。

第四十四条 用人单位或者个人认为社会保险费征收机构、社会保险经办机构的具体行政行为侵害其生育保险权益的，可以依法申请行政复议或者提起行政诉讼。

个人与用人单位发生生育保险待遇及损失赔偿等方面争议的，按照劳动争议处理的有关规定处理。

第六章 附 则

第四十五条 本规定所规定的就医确认申请表、享受生育保险待遇申请表，由统筹地区社会保险行政部门统一格式体例并在其门户网站上公布，供用人单位和职工免费下载使用。

第四十六条 省社会保险行政部门根据国家城镇职工基本医疗保险和生育保险的规定，制定本省相关药品目录、诊疗项目、医疗服务设施标准。

各统筹地区社会保险行政部门制定生育保险定点医疗机构管理办法并负责定点医疗机构的资格审查。

本规定明确由统筹地区制定的配套规定和标准，各统筹地区应当在本规定公布之日起60日内制定并向省社会保险行政部门备案，同时向社会公布。

第四十七条 外国人和港澳台地区人员参加生育保险、享受生育保险待遇，按照国家规定执行。

第四十八条 本规定自2015年1月1日起施行。广东省人民政府2008年4月25日发布的《广东省职工生育保险规定》（省人民政府令第123号）同时废止。