

上海市医疗保险事业管理中心文件

沪医保中心〔2020〕95号

关于本市各类高等院校及科研院所 集中办理大学生参加2021年度城乡居民医保 有关事项的通知

各区医保中心、各高等院校及科研院所：

根据《关于2021年本市城乡居民基本医疗保险有关事项的通知》（沪医保规〔2020〕10号）、市医保办《关于将本市大学生纳入本市城镇居民基本医疗保险的通知》（沪人社医发〔2011〕45号）、《关于做好本市大学生医保过渡期结束后有关工作的通知》（沪人社医发〔2014〕37号）文件要求，现就本市各类高等院校及科研院所集中办理大学生参加2021年度城乡居民基本医疗保险有关事项通知如下：

一、登记申报办法

本市各类高等院校、科研院所中接受普通高等学历教育的全日制本科学生、高职高专学生以及非在职研究生（外国留学生除外），按在籍原则统一由办理单位向所属的区医保中心集中申报。

（一）新增单位

新增的办理单位，由经办人员携带本单位的机构代码证（或营业执照）、办学资格证明和单位介绍信，到所属区医保中心进行申报，需提供联系人、联系地址、联系电话、邮编等信息。区医保中心初审后报市医保中心业务管理科。

（二）参保人员信息申报

1. 各高等院校及科研院所必须按照在籍的大学生全量申报，并按照规定对缴费的学生进行金额标示（格式见附件1）。

2. 经区医保中心复核和市医保中心终审通过后，打印《上海市城乡居民基本医疗保险参保（大学生）核定表》（见附件2），并打印名册（一式两份），由院校和区医保中心各执一份。对参保人数较多的院校，区医保中心可以提供人员电子信息。

3. 各高等院校及科研院所的大学生因故未集中申报参加2021年居民医保的，集中登记缴费期后可由院校经办人员持相关证明到所属的区医保中心办理登记缴费手续（数据格式参照附件1）。

（三）发放申报核定单

市医保中心终审后，统一向各高等院校及科研院所发放《上海市城乡居民基本医疗保险集体申报核定单》。各高等院校及科

研院所接到《上海市城乡居民基本医疗保险集体申报核定单》后，在规定时间内按国家税务总局上海市税务局规定缴费渠道完成缴费。

二、申报登记及缴费工作的时间安排

11月17日前，区医保中心完成对各高等院校及科研院所的操作培训；

11月17日至12月11日，各高等院校及科研院所进行集中申报；

11月18日至12月18日，区医保中心进行复审工作；

12月19日起，市医保中心进行数据处理，并完成《上海市城乡居民基本医疗保险集体申报核定单》发放；

12月25日前，各高等院校及科研院所完成集中缴费。

特此通知

附件：1. 大学生申报明细数据格式

2. 上海市城乡居民基本医疗保险参保(大学生)核定表

上海市医疗保险事业管理中心

2020年11月17日



附件 1

大学生申报明细数据格式

上报信息表采用 TXT 文件格式。

文件名：A BB CCCC D.TXT。

命名规则：A=固定为D；BB=年份（18 表示 2018 年）；CCCC=学校编码（见学校编码表）；D=固定为A。

格式规范：各字段定长，不足宽度的右补空格。

序号	字段名称	类型	宽度	说 明
1	姓名	字符型	30	姓名
2	证件类型	字符型	1	1: 身份证号; 2: 护照号码; 3: 港澳通行证; 4: 台胞证; 5: 侨胞证; 9: 其它
3	证件号	字符型	30	和证件类型相对应的证件号码(身份证号码必须为 18 位且符合身份证号码规则)
4	原户籍地	字符型	50	入学前原户籍所在地\国籍(地区)
5	出生日期	字符型	8	出生日期 (YYYYMMDD)
6	性别	字符型	1	1: 男, 2: 女
7	学号	字符型	20	学号
8	入学日期	字符型	8	入学日期 (YYYYMMDD)
9	状态	字符型	2	00: 正常在校, 01: 因病休学, 02: 其它休学, 03: 入伍, 10: 保留入学资格
10	学历	字符型	1	1: 本科, 2: 专科, 3: 高职, 4: 研究生
11	总分校编码	字符型	6	总校或分校编码, 前 4 位为学校编码(见学校编码表), 后 2 位为总、分校序号(总校为“00”, 分校依次为“01”、“02” …)
12	缴费	字符型	3	大学生居保缴费额为 “180”; “0” 表示不参加
13	备注	字符型	100	可空

注：保留入学资格（状态为“10”）的学号为空。

附件 2

上海市城乡居民基本医疗保险(大学生)核定表

年度

申报院校名称:

序号	院校名称	学校地址	所属区	申报人数			核定人数		
				申报总数	缴费	不缴费	核定总数	缴费	不缴费
1									
2									
3									
4									
5									
6									
合计人数									

经办人:

医保中心名称 (盖章)

年 月 日

说明: 本表一式二份, 登记院校、区医保中心各留一份

