

# 第一章 疾病保险与医疗保险

## 一、疾病保险与医疗保险的概念

### 1. 疾病社会保险

疾病社会保险是社会保险的一种，指公民或劳动者在疾病、非因工伤残等情况下，能从社会、企业获得物质帮助的一种权利。最早起源于劳工间的互助组织，后逐渐发展成为以立法形式的社会保险。大病保险始创于 1983 年德国的社会“疾病保险法”。医疗保险的范围由于各国国民经济发展水平、社会制度不同，国与国之间差异甚大，大多数国家首先在大城市和工业比较发达的工商业城市推行，然后逐步推广到其它地区和部门，有的国家包括全体居民，有的国家只限于被雇佣的工薪劳动者。其基金来源，一般将疾病保险筹集综合于社会保险的资金等集之中，向劳资双方征收保险费，有的国家由双方按一定比例征收单项保险费，国家或地方政府给予一定的帮助。实行国民健康保险的国家，通常由财政拨款负担大部或全部。享受条件，是患病前从事有收入的工作，同时必须缴纳保险费达到某种最低的合格条件，再其次是患病前具有一定工龄。疾病补助金付给的数额，一般为职工患病前平均工资的 50~70% 之间，医药费由保险机构负担部分或大部分，这种规定在各个国家不一致。医疗服务一般没有时间的规定，以疾病

治愈为止。我国的医疗社会保险，国家机关事业单位工作人员中实行公费医疗，企业中实行劳保医疗。职工在病伤时，通过免费医疗和病伤补助双重办法给予物质帮助。大多数国家领取疾病补助金有等待期，即自不能工作后的 3~8 天起计算，领取补助金期限一般不超过 26 周 最长为 52 周 如疾病尚未痊愈者，则改发伤残抚恤金。医疗支出的办法，归纳起来有直接给付、由患者报销其药费和直接向患者提供医疗服务等三种办法。为职工提供医疗补助的国家，通常也给供养直系亲属提供一定服务。

## 2. 医疗社会保险

医疗社会保险指劳动者或公民因患病、负伤、年老、生育及失业时需要医疗费用和收入中断时，由国家或企业提供必需的医疗和物质保障的制度。它构成社会保险中的一项重要内容。疾病社会保险的给付分现金给付和医疗服务两种。疾病补助金只支付因病不能上班的受保人。保险与职业相联系，在疾病保险费项下列支。健康照顾是以提供医疗，安置住院和免费供应药物的方式照顾受保的患者。其服务项目，各国也不尽相同。一般包括普通科治疗、专科治疗、住院治疗、门诊、生育护理、化验、物理诊断、牙科、药品器材供应及病人护送等内容。服务所提供的方式，大致采取两种，即采取免费直接提供服务，或凭单据报销全部或大部分。实行全民性保障的国家医疗保险往往与就业分离，其经费来源于财政拨款。世界大多数国家均将疾病与生育的医疗保险待遇归并于疾病保险制度之中，由社会保险机构统一管理。但也有把医疗保险单独从疾病和生育保险中分离出来，由社会医疗卫生事业机构单独管理。医疗社会保险的发展趋势是享受人数不断增多，医疗水平不

断提高，经费开支不断增加。目前我国医疗社会保险制度有三种形式：一是公费医疗；二是劳保医疗；三是合作医疗。

### 3. 医疗保险的类型

以医疗保险承担的主体分，目前世界各国医疗保险有三种类型：(1)由私营保险公司实施的医疗保险，如美国的“蓝十字——蓝盾”医疗保险公司，居民可以根据个人的经济承担能力和个人意愿选择承保机构，享受与其投保金额相应的医疗保险待遇；(2)由国家实施的医疗保险，即对全体社会成员实行强制性的医疗保险，国家将其业务委托给某些医疗保险公司承办；(3)由企业事业单位实施的医疗保险，如日本的企业保险。总的趋势是向国家医疗保险的方向发展。我国在企业和国家机关内实行的“公费医疗”和“劳保医疗”实质上是属于国家保险。

## 二、疾病保险的特点和原则

疾病保险与其他社会保险项目比较，具有以下特点：

第一、享受疾病保险待遇只能以疾病所致的丧失劳动能力为前提条件；

第二、致病的原因是非来自外来的、剧烈的伤害，而是以人体内在原因，包括细菌的侵入、人体抵抗能力的减弱、人体生理机能的衰退而引起生理机能的失调；

第三、疾病保险所承保的不是生产过程中与职业因素相联系的职业病，而是一般的疾病；

第四、疾病保险只限于发生劳动关系的单位中实行。

建立疾病保险的目的，就是从解除劳动者因患病而造成

的经济困难，维持其基本生活需要这一点出发，以求达到促其身体尽快恢复健康，保证社会经济机体的正常运行，促进社会秩序的安定。

疾病保险是一种基本保障。这就决定了建立疾病保险政策时应遵循以下几个原则：

(1)从社会保险的原则出发，保障职工本人及其家属的基本生活需要。从疾病发生的原因来看，与劳动过程没有直接关系，但劳动者患上疾病之后，再不能以自己的劳动获得工资来保证自己的生活，本人及其家属遇到了困难。建立疾病保险的目的，就是要保证劳动者在疾病期间能获得基本生活需要，有利于他们安心休养、早日恢复健康、度过不幸的日子，继续参加劳动。如果物质保障太低，他们的基本生活得不到保证，就会导致患病人员带病上班，加重病情的恶化，这就违背了社会保险的目的。

(2)短期病假待遇要有利于生产，长期病假待遇要有利于退休制度的贯彻，劳动者在患病期间，非但不能给国家和企业创造财富，而且还要增加国家和企业财务的负担。疾病待遇过高，劳动与不劳动一个样，就会影响在职职工的生产积极性。在制订病假待遇时要兼顾国家、集体、个人三方面的利益。既要考虑职工基本生活的需要，又要考虑到对在职职工生产积极性的影响；其保险待遇，应低于患病者的基本工资，并适当结合企业的经营状况和职工工龄的长短，分别给予不同的保险待遇，职工长期患病，在短时期内不能痊愈的，应动员其退休，以减轻企业的负担和有利于他们安心休养。如病假救济待遇过高，不利于动员他们退休。如果他们退休后，生活确有困难的，应采取收入调查的办法，以社会救济予以适当的解决；

(3) 疾病保险基金的筹集应采取“危险分担”的原则，即把一般保险的原理运用到社会保险，要求采取多方集资的办法。企业多纳，职工负担部分，国家给予资助，社会统筹使用，发挥保险的互助互济的作用。职工只有缴纳若干时期的保险费，才能领取规定的疾病保险金，实现权利义务的对等。

### 三、医疗保险的特点和原则

医疗保险除了具有社会保险一般特点之上，还具备自己独特的特点，其特点有以下几点：

(1) 医疗保险伴随劳动者生，承保的风险为疾病、负伤及在生育等引导生理机能由健康转为不健康状况时所需的医治。此种风险是每个人从出生到死亡过程中都不可避免和预测的。

(2) 医疗保险的覆盖面广、发生率高，与其他种社会保险子项目密切交织在一起。被保险人不论是享受生育保险、养老保险、工业伤害保险及失业保险，只要发生生育、负伤、疾病等都必须同时享受医疗保险，而养老保险与生育保险之间则不会发生交叉。

(3) 医疗保险主要为劳动者直接提供实物和医疗服务，并通过服务帮助使劳动者尽快恢复健康和正常的劳动能力。

(4) 医疗费用难以预测和控制。医疗费因受多种因素影响，其费用变化较大，难以掌握。医疗保险一般都采取免费或少交费用的办法。随着人民生活水平的提高，健康意识的改变，医疗需求随之不断提高，决定了医疗费用的不断提高。

医疗保险的特点决定了医疗保险必须建立医疗保险基

金，以集中社会力量，由社会保险机构统筹并运用互济手段向病患者提供医疗服务，增强承担风险的能力。同时必须加强医疗保险基金的管理，控制支出，避免浪费。

医疗保险的特殊性，决定了它区别于其他社会保险项目，必须遵循以下几点要求：

(1) 医疗保险的待遇实行机会均等原则。凡被保险人符合享受医疗保险待遇的有病就医、伤残用药，完全依据病伤情况来决定。这里不存在经济收入、职业、性别的限制和影响，享受同一标准的医疗待遇。机会均等不能理解为平均主义，享受的前提条件是患病与伤残，更重要的是对弱者的保障，即对退休人员、因工残废者、长期病号和危重病患者的优先照顾。

(2) 建立医疗保险基金的专款专用制度。无论采用何种形式筹集的医疗保险基金，必须确保用在患者的身上，不得挪作它用。因为它是直接服务于被保险人患病或伤残时的需要。为此，必须严格加强管理，遵守规章制度，确保“保证医疗、克服浪费、有利生产、节约开支”。

(3) 医疗保险存在被保险人自己需要纳费的问题，遵循“危险共同分担”原则，原则上个人应该负担一部分。但不同的保险项目中，因保险性质有所不同，应采取不同保险项目区别对待的原则。工伤保险具有经济补偿和物质鼓励的性质，本人不负担任何费用；疾病保险和非因工负伤保险具有物质帮助和救济性质，本人需要按比例承担部分。一般应采取互助和政府补助的原则。即身体健康者与病弱者，年轻者与年老者，收入高者与收入低者的互助，政府酌情补助，这符合保险的原理。

#### 四、建立医疗保险制度的意义

建立医疗保险制度的重要意义在于：

1. 建立医疗保险制度有利于劳动者的病伤得到及时、有效的医治，保证劳动者的身体健康，促进生产的发展。劳动者的健康状况是关系到国家繁荣昌盛和民族兴旺发达的重大问题。维护并提高劳动者的健康水平，是社会主义国家的重要职责，劳动者在一生中很难避免疾病的侵袭或工伤事故的伤害，任何人为的努力，也只能使其降低到尽可能少的程度。劳动者一旦遭受到疾病的侵袭或工伤事故的伤害，身心就会遭受痛苦，健康水平就会下降，工作和生产也就会因此而受到影响。如果再得不到及时而有效的医治，对劳动者的健康以及对生产和工作的影响就会更大。因此，要建立医疗保险制度，使劳动者的病伤得到及时、有效的医治，以保证劳动者的身体健康，促进生产的发展。

2. 建立医疗保险制度有利于消除或减轻劳动者及其家属由于患病或负伤而在经济上和精神上产生的负担，保证劳动者及其家庭的正常生活。对大多数或绝大多数劳动者来说，本人及其家属因治疗病伤而造成的额外开支，都会影响其正常的生活水平或打乱其原有的生活安排，从而造成精神上的负担。这种负担与劳动者收入的多少成反比，收入越少，负担越重。因此，要建立医疗保险制度，以弥补劳动者及其家属由于病伤而增加的开支，消除或减轻其精神负担，保证劳动者及其家庭的正常生活。

## 五、职工医疗保险制度的种类

我国目前的医疗保险制度有两种：

1. 公费医疗保险制度，它是国家对机关、行政事业单位工作人员实行的一种免费的医疗卫生保健制度。公费医疗费用的水平是由国家根据职工对医疗方面的实际需求和国家财力，以及医疗卫生事业所能提供的资源，确定每人每年享受公费医疗待遇的预算定额，并将经费拨交地方管理使用。实际超支部分，由地方财政补贴。

2. 劳保医疗制度，它是向全民所有制企业的职工提供免费医疗的卫生保健制度。劳保医疗的经费来自企业的纯收入，由企业从福利基金中按一定比例提取，企业统一使用，超支部分企业自行承担。劳保医疗是 1951 年在《中华人民共和国劳动保险条例》中规定建立的。公费医疗是由政务院 1952 年发布的《关于全国各级人民政府、党派、团体及所属事业单位的国家工作人员实行公费医疗预防的指示》建立的，两个制度在实施过程中都做过多次的修改和补充。

## 六、医疗保险与商业保险的区别

医疗社会保险与商业保险的区别在于：①性质不同。医疗社会保险是国家举办的，根据宪法规定，为保护和增进职工身体健康而建立的社会保险制度。它是国家的社会福利事业。社会保险的目的是社会调剂。在这种保险制度下，被保险人可以得到一种特定的服务，不论他能否负担得起保险费，都有权利

享受服务。商业性的保险是一种金融企业行为，人身意外保险附加医疗保险即是商业保险的一种险种，是一种营利性质的单纯经济补偿手段。②立法不同。社会保险是国家统一立法强制实行的，是行政立法范畴。商业保险是自愿性质的，完全根据自己的情况而定。它属于经济活动范畴，由此而产生的被保险人和保险人的权利与义务不同。社会保险是在劳动关系的基础上以劳动者为对象，参加社会保险的成员，只要为社会做出一定贡献，尽了劳动的义务，就有享受医疗保险的权利，并不是完全按照交费多少确定各项待遇。自愿性的商业保险体现“有收有偿 多投多保，少投少保 不投不保”的商品交换原则。其宗旨是个人或集体公平交纳保险金，同时得到相应的卫生服务。个人健康状况是商业保险公司确立缴纳费用数额的基本条件。管理体制不同。社会保险是由中央或地方各级政府集中领导、以国家为实施主体，由主管社会保险机构的职能部门及所属非盈利性质机构组织管理。它的管理是为实现宪法和劳动法所赋予劳动者享有社会保障待遇的权利。商业保险是自行经营的企业单位，保险公司与被保险企业或个人的关系，是完全建立在商业原则上的契约关系，它的管理工作始终是履行保险合同。

综上所述，社会保险与商业保险是两回事，二者有原则上的区别，但是二者只有一定的联系。在我国，商业保险与社会保险分工与管理一直比较明确。如公费医疗和劳保医疗历来都是由政府行政部门主办的，商业保险公司只经营人身保险，如果把社会保险混同于商业人身保险，实行商业化管理，那将与社会保险的目的背道而驰，因而肯定也是行不通的。至于在公费、劳保医疗范围之外，应该允许单位或个人自愿参加商业

保险 作为一种补充 以满足人们更高需求。

## 七、医疗保险与疾病保险的区别

医疗保险和疾病保险都是因病、伤引起的，但其保障的范围和作用不同。医疗保险待遇是直接用于医疗服务的费用，而疾病保险是对因病不能工作失去收入影响生活的一种保障，国际上称疾病津贴或生活补助。例如，对病人的现金补助和孕妇假期内的生活补助，相当于我国的病假工资、产假工资。虽然享受对象不一样，但是实际上都专指因病和生育不能工作期间，每日给劳动者一定休业期间的生活费，以保证其基本生活。医疗保险和每一个人的生老病死都有关系，从职工患病情况来看，享受病假工资的职工必然要享受医疗保险，但是绝大多数享受医疗保险的职工，并不一定享受病假工资。所以，我们需要把二者的作用区别开来。我国医疗保险与病假工资在管理上是泾渭分明的。二者是独立的项目，不能互相代替，不必归并在一起，否则会带来工作上的被动。

## 第二章 医疗保险的主要内容 上)

### 一、医疗保险法律规定的基本内容：

从各国的医疗制度看，组织形式、保险类型多种多样，各有特点，各有利弊，但是立法基本要求是一致的。主要有以下几个方面：

1. 享受医疗保险的范围。指被保险人的范围，哪些人参加，哪些人不可以参加。强制性的医疗保险项目应按规定范围接受所有人参加。

2. 医疗保险的给付项目种类。由法律规定，受保人能够得到的服务和报销数额，是否包括疾病津贴和生育的补助等。

3. 医疗保险给付条件。如果是被保险人故意或犯罪行为引起的，概不列入给付条件。

4. 医疗保险的组织管理机构。不同国家根据需要分行政或具体组织管理机构。

5. 医疗保险金（费）的计算。根据社会共同承担的原则，医疗保险事业所必要的费用由单位和个人分担的金额，通常按照被保人工资的一定比例计算。个体经营者按固定的比例征收保险金。

6. 医疗保险金 费 的分担。各国立法不同 大体有两种：

第一种是劳动者负担三分之二，雇主负担三分之一，国家不负担。第二种是雇主与劳动者平均分担，国家给予补助。近来各国立法多采纳后者。

7. 医疗保险基金的管理及对医生和医院费用的支付方法。

8. 医疗保险服务提供方式。非直接提供医疗服务方式，即与医院签订合同，直接向医疗服务机构付费，或病人先付费后报销。直接提供医疗服务方式，即社会保险机构有自己的医院和医生。

## 二、企业职工의 劳保医疗制度

政务院 1951 年 2 月 26 日发布、1953 年 1 月 2 日修正发布的《中华人民共和国劳动保险条例》中，对职工的劳保医疗做出了明确的规定：职工因工负伤，应在该企业医疗所、医院或特约医院医治。如该企业医疗所、医院或特约医院无法治疗时，应由该企业行政方面转送其他医院医治。其全部诊疗费、药费、住院费、住院时的膳费与就医路费，均由企业行政方面负担。在医疗期间，工资照发。职工疾病或非因工负伤，在该企业医疗所、医院、特约医院或特约中西医师处医治时，其所需诊疗费、手术费、住院费及普通药费均由企业行政方面负担；贵重药费、住院的膳费及就医路费由本人负担，如本人经济状况确有困难，由劳动保险基金项下酌情给予补助。患病及非因工负伤的职工，应否住院或转院医治及出院时间，应完全由医院决定。1966 年 4 月劳动部、全国总工会发出《关于改进企业职工劳保医疗制度几个问题的通知》，针对企业劳保医疗

包得过多、医疗工作紧张和药品浪费等情况，作了以下规定：

企业职工患病和非因工负伤，在指定的医院（包括分设的和独立的门诊部）或本单位附设的医院医疗时，其所需的挂号费和出诊费，均由职工个人负担，企业职工患病和非因工负伤在指定的医院或本单位附设的医院、医务室（所）保健室（站）医疗时，所需的贵重药费，由企业行政方面负担，但服用营养滋补药品（包括药用食品）的费用，应由职工个人负担。企业职工因工负伤或患职业病住院医疗期间的膳费，由本人负担三分之一，企业行政方面负担三分之二。<sup>④</sup>按照劳动保险条例规定享受医疗待遇的职工供养直系亲属患病医疗时，除了手术费和药费仍然实行半费外，挂号费、检查费、化验费等均由个人负担。<sup>⑤</sup>企业职工实行计划生育手术时，所需的挂号费、检验费、手术费、药费和住院费（包括取暖费）全部由企业行政方面负担，住院膳费由本人负担。

另外，对劳动模范等有特殊贡献的企业职工在病伤医疗时的就医路费和住院膳费有所照顾。

### 三、职工因病或非因工负伤的治疗费用

职工因病或非因工负伤医疗费。《中华人民共和国劳动保险条例》规定：工人与职员患病或非因工负伤，在该企业医疗所、医院、特约医院或特约中西医师处医治时，其所需“诊疗费、手术费、住院费及普通药费均由企业行政方面或资方负担。贵重药费、住院的膳费及就医路费由本人负担。如本人经济状况确有困难，由劳动保险基金项下酌情予以补助。患病及非因工负伤的职工，应否住院或转院医治及出院时间，应完全

由医院决定。

挂号费、出诊费。劳动部中劳薪字[1966]第 60 号、全国总工会会通字[1966]第 9 号《关于改进企业职工劳保医疗制度几个问题的通知》规定：企业职工患病和非因工负伤，在指定的医院（包括分设的和独立的门诊部）或本单位附设的医院医疗时，其所需的挂号费和出诊费，均由职工个人负担。

因病手术的输血费、理疗费、X 光透视费。全总劳动保险部《劳动保险问题解答》规定：凡经医师决定的治疗时所必须的输血费、理疗费、X 光透视费均由企业行政负担。

临时工患病医疗待遇。国家院第 41 号令《全民所有制企业临时工管理暂行规定》中规定：临时工患病或非因工负伤停工医疗期限按其在本企业工作时间确定，最长不超过 3 个月。在医疗期内其医疗待遇，应当与合同制工人同等对待。

农民工患病医疗待遇。国务院令第 87 号《全民所有制企业招用农民合同制工人的规定》中规定：农民工患病或非因工负伤，企业应当根据劳动合同期限长短给予 3~6 个月的停工医疗期。停工医疗期间的医疗待遇和病假工资与城镇合同制工人相同。停工医疗期满不能从事原工作被解除劳动合同的，由企业发给相当于本人 3~6 个月标准工资的医疗补助费，农民工供养的直系亲属，不享受半费医疗待遇。

⑥ 职工住肺结核防治院不享受疗养待遇。全国总工会险字[1964]320 号《关于职工患病住肺结核防治所不能与在工人疗养院疗养职工享受同等伙食补助费的复函》规定：职工住肺结核防治院（所）治疗期间，不能与在工人疗养院疗养的职工享受同样的伙食补助待遇。

⑦ 职工在生产时间打架负伤的医疗费。全国总工会保险

字 205 号《关于工人在生产时间打架负伤医药费和工资如何处理复函》规定：为了维护法制和生产秩序，对职工在生产时间打架负伤的，药费自理，未上班期间不发工资。

⑧职工调动工作途中患病的医疗费由调入单位报销，国务院议字第 35 号《国务院关于工人、职员在企业之间调动工作后的工资和补助费的暂行规定》规定：工人职员及其随行家属在到职途中患病的时候，所花医疗费用，由调入单位按照本单位的规定办理。

#### 四、职工患病因非工负伤医疗期规定

医疗期是指企业职工患病或非因工负伤停止工作治病休息不得解除劳动合同的期限。根据劳动部 1994 年发布的《企业职工患病或非因工负伤医疗期规定》对医疗期主要有以下几条规定：①企业职工因患病或非因工负伤，需要停止工作医疗时根据本人实际参加工作年限和在本单位工作年限给予 3 个月到 24 个月的医疗期：实际工作年限 10 年以下的在本单位工作年限 5 年以下的为 3 个月；5 年以上的为 6 个月。实际工作年限 10 年以上的在本单位工作年限 5 年以下的为 6 个月；5 年以上 10 年以下的为 9 个月；10 年以上 15 年以下的为 12 个月；5 年以上 20 年以下的为 18 个月；20 年以上的为 24 个月。医疗期 3 个月的按 6 个月内累计病休时间计算；6 个月的按 12 个月内累计病休时间计算；9 个月的按 15 个月内累计病休时间计算；12 个月的按 18 个月内累计病休时间计算；18 个月的按 24 个月内累计病休时间计算；24 个月的按 30 个月内累计病休时间计算。③企业职工在医疗期内其病

假工资、疾病救济费和医疗待遇按照有关规定执行。④企业职工非因工致残和经医生或医疗机构认定患有难以治疗的疾病，在医疗期内医疗终结，不能从事原工作，也不能从事用人单位另行安排的工作的，应当由劳动鉴定委员会参照工伤与职业病致残程度鉴定标准进行劳动能力的鉴定。被鉴定为一至四级的应当退出劳动岗位 终止劳动关系 办理退休、退职手续，享受退休、退职待遇；被鉴定为五至十级的医疗期内不得解除劳动合同。⑤企业职工非因工致残和经医生或医疗机构认定患有难以治疗的疾病，医疗期满，应当由劳动鉴定委员会参照工伤与职业病致残程度鉴定标准进行劳动能力的鉴定。被鉴定为一至四级的，应当退出劳动岗位，解除劳动关系，并办理退休、退职手续 享受退休、退职待遇。③医疗期满尚未痊愈者 被解除劳动合同的经济补偿问题按照有关规定执行。

## 五、女职工计划生育手术的医疗待遇规定

劳动部在劳部发[1994]504号《企业职工生育保险试行办法》中规定 女职工生育的检查费、接生费、手术费、住院费和药费由生育保险基金支付。超出规定的医疗服务费和药费(含自费药品和营养药品的药费)由职工个人负担。住院膳费由本人负担。女职工生育出院后，因生育引起疾病的医疗费，由生育保险基金支付；其他疾病的医疗费，按照医疗保险待遇的规定办理。女职工产假期满后，因病需要休息治疗的，按照有关病假待遇和医疗保险待遇规定办理。

企业职工供养的直系亲属实行计划生育进行手术时，免收上述各项医疗费用，具体由哪个部门(单位)负担，请各省、

自治区、直辖市人民政府研究决定。

## 六、女职工供养直系亲属的医疗保险待遇规定

职工供养的直系亲属是指其生活来源依靠职工供给，并符合下列条件之一的直系亲属：①祖父、父、夫年满 60 岁或完全丧失劳动能力者；②祖母、母、妻未从事有报酬的工作者；子女（包括养子女、前妻或前夫所生子女、非婚生子女）弟妹（包括同父异母或同母异父的弟妹）并未满 16 岁者或者子女年满 16 岁尚在普通中学学习者；④孙子女年未满 16 岁，其父死亡或完全丧失劳动能力，其母未从事有报酬的工作者。另外，职工自幼依靠他人抚养长大，现抚养人男年满 60 岁或完全丧失劳动能力，女未从事有报酬的工作，须依靠职工本人供养且共同居住者，列为职工供养的直系亲属；职工因工死亡，其遗腹子也列为职工供养的直系亲属。职工供养的直系亲属，如不与职工同在一处居住，须取得其所在地政府机关证明，确系依靠职工供养，才能列为供养的直系亲属。

对于供养直系亲属的医疗待遇有下列规定：①供养直系亲属享受半费医疗待遇。《中华人民共和国劳动保险条例》规定：工人与职员供养的直系亲属患病时，得到该企业医疗所、医院、特级医院或特级中西医师处免费诊治，手术费及普通药费，由企业行政方面或资方负担二分之一，贵重药费、就医路费、住院费、住院时的膳费及其他一切费用均由本人自理。根据这一条规定，全总劳动保险部《劳动保险问题解答》进一步规定：凡职工供养的直系亲属，不论与职工同居或不同居，住在城市或农村，凡患病时能够到上述指定的医疗机构诊治时，