

# 武威市人民政府办公室文件

武政办发〔2022〕52号

---

## 武威市人民政府办公室 关于印发武威市城镇职工基本医疗保险 市级统筹实施办法的通知

各县、区人民政府，市直各部门、各单位，中央、省属在武各单位：

《武威市城镇职工基本医疗保险市级统筹实施办法》已经市政府五届第11次常务会议审定通过，现予印发，请遵照执行。

武威市人民政府办公室

2022年5月20日



# 武威市城镇职工基本医疗保险 市级统筹实施办法

## 第一章 总 则

**第一条** 为进一步完善全市城镇职工基本医疗保险制度，构建以城镇职工基本医疗保险为主，公务员医疗补助、职工大病保险、企业补充医疗保险和商业保险为补充的多层次医疗保险制度体系，巩固职工基本医疗保险市级统筹，保障职工基本医疗需求，根据《中华人民共和国社会保险法》、《医疗保障基金使用监督管理条例》（国令第735号）和《国家医疗保障局财政部〈关于建立医疗保障待遇清单制度的意见〉》（医保发〔2021〕5号）等法律法规，结合全市实际，制定本办法。

**第二条** 城镇职工基本医疗保险（含生育保险）实行市级统筹，按照“制度政策统一、基金统收统支、管理服务一体”要求，在全市范围内统一筹资和待遇保障政策，统一调度和使用基金，统一规范业务流程和经办规程。

**第三条** 城镇职工基本医疗保险应遵循以下原则：

- （一）保障水平与经济社会发展水平相适应；
- （二）保险费由单位和个人共同缴纳；
- （三）基金实行社会统筹与个人账户相结合；

(四) 以收定支，收支平衡，略有结余。

**第四条** 按照“保留险种、保障待遇、统一管理、降低成本”要求，生育保险和职工基本医疗保险合并实施，实行同步登记、基金合并运行、征缴管理一致、监督管理统一、经办服务一体化。

**第五条** 市医疗保障局负责全市城镇职工基本医疗保险管理工作。县区医疗保障局负责本县区行政区域内城镇职工基本医疗保险管理工作。

市、县区医疗保障事业服务中心依照各自职责负责办理城镇职工基本医疗保险业务。

## 第二章 参保范围

**第六条** 城镇职工基本医疗保险参保范围和对象：

(一) 城镇各类用人单位及其从业人员（包括与之建立劳动关系或形成事实劳动关系的人员）和退休人员（含符合国发〔1978〕104号文件规定的退职人员）；

(二) 其他依法成立的组织及其职工和退休（职）人员；

(三) 各类灵活就业人员（包括：自主创业、自谋职业人员；以非全日制、临时性和弹性工作等灵活形式就业人员；无雇工的城镇个体工商户）；

(四) 新就业形态劳动者。可按企业单位整体参保，也可按灵活就业人员身份参保。

本市行政区域内的离休干部、二等乙级以上革命伤残军人不

适用本办法。

**第七条** 城镇职工基本医疗保险参保登记、变更和注销，按照《中华人民共和国社会保险法》等相关规定执行。

### 第三章 基金筹集

**第八条** 城镇职工基本医疗保险费（含生育保险）缴费标准：

（一）城镇职工基本医疗保险基金。

1.财政供给的行政机关、社会团体、事业单位及其聘用人员，自收自支、经营性事业单位，各类企业、民办非企业、城镇个体经济组织以及新就业形态劳动者的职工基本医疗保险费，按照本单位上年度职工工资总额的 8.5%缴纳，其中：单位缴纳 6.5%，职工个人缴纳 2%。

2.各类灵活就业人员以上年度全省全口径城镇单位就业人员平均工资的 100%为基数，按 6%的比例缴纳。

在职职工缴费工资总额低于上年度全省全口径城镇单位就业人员平均工资 60%的，按 60%确定缴费基数；高于 300%的，按 300%确定缴费基数。

（二）公务员医疗补助基金。由财政供给的行政机关、社会团体、事业单位的医疗补助基金由用人单位缴纳，缴费标准：在职人员为本人上年度工资总额的 3%，退休人员为上年度养老金总额的 3%。用人单位在缴纳基本医疗保险费时，一并缴纳公务员医疗补助基金。

(三)职工大病保险。职工大病保险基金每人每年按120元的标准建立；其中，单位缴纳72元，与基本医疗保险费同时缴纳，个人缴纳48元，在个人账户中扣缴。

(四)参保人员达到法定退休年龄退休时，其累计缴纳基本医疗保险费(含用人单位缴费和个人缴费)的最低缴费年限必须满15年(原实行企业职工大病医疗费用统筹的缴费年限视同缴费年限)，方可享受退休人员的基本医疗保险待遇。未达到最低缴费年限的职工退休时，须由用人单位和职工个人在办理退休手续时，分别按照上年度用人单位和职工个人的缴费比例一次性缴足所缺年限的基本医疗保险费，方可享受退休人员的基本医疗保险待遇。

(五)用人单位因各种原因漏报，需补缴基本医疗保险费的，缴费基数应以补缴时上年度本人实际工资总额为基数，低于全省上年度全省全口径城镇单位就业人员平均工资60%的，以全省上年度全省全口径城镇单位就业人员平均工资的60%为基数；高于全省上年度全省全口径城镇单位就业人员平均工资300%的，按全省上年度全省全口径城镇单位就业人员平均工资的300%确定缴费基数。

**第九条** 城镇职工基本医疗保险费(含生育保险)按以下办法缴纳：

(一)国家机关、人民团体、全额拨款事业单位及人员缴纳的基本医疗保险费，由同级财政列入当年预算，个人缴纳部分由

所在单位代扣代缴。中央、省驻武行政事业单位、企业、差额拨款单位、自收自支及经营性事业单位等工作人员(含退休人员)的医疗保险费由单位按有关规定缴纳。

(二)各类灵活就业人员参保缴费时,应在医保经办机构办理参保登记手续后,到税务部门按月或按年缴纳本年度医疗保险费。

(三)按城镇职工养老保险规定办理了退休手续的人员,可一次性趸缴、补足15年基本医疗保险和职工大病保险费用后,纳入城镇职工基本医疗保险统筹范围,享受城镇职工医疗保险待遇。基本医疗保险缴费基数不低于趸缴、补足时上年度全省全口径城镇职工单位就业人员平均工资的60%。

**第十条** 参保单位和个人未按本办法规定按时足额缴纳基本医疗保险费的,按下列规定处理:

(一)参保单位或灵活就业人员无故欠费的,自欠费之日起,停止享受医疗保险待遇;欠费在6个月内补足的,连续享受医疗保险待遇;欠费超过6个月补足后,可补建参保人员个人账户,但欠费期间发生的医疗费、生育津贴,统筹基金不予支付。

(二)参保单位确因经营困难无法按时足额缴费的,应与税务部门签订期限不超过一年的缓缴协议,报医保经办机构备案,在协议期限内足额缴纳,可补建参保人员个人账户,欠费期间发生的医疗费用、生育津贴,统筹基金予以支付。未按时足额缴纳医疗保险费的用人单位,由医保经办机构函告用人单位限期缴纳或者补足,并自欠缴之日起,按日加收万分之五的滞纳金。

**第十一条** 医疗保险基金按国家、省上的有关规定计息。

**第十二条** 医疗保险基金分为城镇职工基本医疗保险基金（包括统筹基金和个人帐户基金）、职工大病保险基金、公务员医疗补助基金，各项基金分别核算、管理和使用，不得挤占。医疗保险基金（含利息收入）纳入财政专户管理，单独列帐、单独核算、专款专用，不得挤占挪用。

基本医疗保险统筹基金实行统一的预决算制度、财务会计和内部审计制度。各级财政部门要加强医疗保险基金管理，按照经办机构的实际使用情况，及时将资金拨入经办机构的支出户，确保医疗保险待遇的及时足额支付。

统筹基金收支出现缺口时，由市级风险调剂金弥补，仍出现超支时，由同级医保部门、财政部门及时向政府报告予以解决。

#### **第四章 待遇享受**

**第十三条** 职工基本医疗保险基金由用人单位和参保人员缴纳的基本医疗保险费、存款利息、滞纳金及按规定纳入基本医疗保险基金的其他收入组成，划分为个人账户基金、基本医疗保险统筹基金、职工大病保险基金、公务员医疗补助基金和风险调剂金。

各类基金应单独列账，分别管理，分别核算，不得相互挤占。

**第十四条** 个人账户基金：

（一）医保经办机构为每位参保人员建立一个基本医疗保险

个人虚拟账户，并按月划账、记账。

1.在职职工个人账户由个人缴纳的基本医疗保险费计入，计入标准为本人缴费工资基数的 2%，灵活就业人员为本人缴费基数 的 2%。

2.退休人员基本医疗保险个人账户实行定额计入，计入金额参照全市退休人员上年人均养老金平均水平的 2%，并适时调整；符合规定一次性趸缴、补足 15 年医保费的退休人员，不划转补缴期间的个人账户。

3.个人账户的利息收入，按照年终结余金额参考人民银行公布的同期存款利率计息。

（二）个人账户主要用于支付参保人员在定点医疗机构就医和定点零售药店发生的政策范围内自付费用，可以用于支付参保人员本人及其配偶、父母、子女在定点医疗机构就医发生的个人负担的医疗费用以及在定点零售药店购买药品、医疗器械、医用耗材发生的由个人负担的费用，也可用于配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险等个人缴费。不得用于公共卫生费用、体育健身、养生保健消费等不属于基本医疗保障范围的支出。

个人账户管理及政策，省市有其他规定的执行相关规定。

### **第十五条 基本医疗保险统筹基金。**

（一）统筹基金由下列各项构成：用人单位缴纳的基本医疗保险费全部划入统筹基金；统筹基金的结余及利息；按规定收取的滞纳金；政府补助资金。

(二) 统筹基金用于支付普通门诊医疗费、门诊慢特病疾病医疗费用和谈判药品的门诊用药费用, 住院医疗费以及职工生育医疗费、计划生育医疗费、生育津贴和产前门诊检查费。职工基本医疗保险统筹基金待遇支付中设置生育保险待遇支出项目。

1. 普通门诊。一个自然年度内, 参保人员在定点医疗机构普通门诊累计发生的起付标准以上、最高支付限额以下政策范围内医疗费用, 纳入统筹基金支付范围。年度起付标准为 200 元, 乙类项目先行自付 5% 后进入报销范围, 在职职工一级医疗机构 (包括未定级医疗机构和诊所) 按 70%, 二级医疗机构按 65%, 三级医疗机构按 60% 的比例给予报销, 退休人员分别提高五个百分点, 年度政策范围内医疗费用限额 2500 元。

2. 门诊慢特病和谈判药品的门诊医药费。门诊慢特病医疗费用和谈判药品的门诊用药费按规定单独纳入基本医疗保险报销范围。

3. 住院医疗费用。一个自然年度内参保患者住院起付标准以上、年度最高支付限额以下的政策范围内住院医疗费用, 从统筹基金中按规定比例报销。

起付标准: 根据基金运行和收支情况, 由市医保部门会同财政部门, 在《武威市城镇职工基本医疗保险市级统筹实施细则》规定, 并适时调整。

报销比例: 参保人员在市内各定点医疗机构住院治疗发生的符合“三个目录”的医疗费用, 在起付标准以上、最高支付限额以

下部分，在职职工统筹基金支付 90%，个人负担 10%；退休人员统筹基金支付 95%，个人负担 5%。

年度最高支付限额：在一个自然年度内，统筹基金支付参保患者医疗费用累计限额 8 万元。

（三）生育医疗待遇。包括产前门诊检查费用、生育医疗费用、计划生育医疗费用和生育津贴。支持国家三孩政策落地实施，用人单位按照规定为其职工参加城镇职工基本医疗保险，且符合国家、省、市人口与计划生育法律法规和政策规定，参保女职工享受产前门诊检查费用、生育医疗费用、计划生育医疗费用和生育津贴。

产前检查费：主要保障生育女职工怀孕至分娩前在定点医疗机构门诊定期检查，发生的政策范围内的检查、治疗、购药等费用，乙类项目先行自付 5%后，按 80%的比例给予报销，年度支付限额 1000 元。

### **第十六条 职工大病保险基金。**

参保人员在一个统筹年度内，超过基本医疗保险基金支付限额以上且符合“三个目录”的住院医疗费用部分，进入职工大病保险基金按规定支付。享受公务员医疗补助的参保人员，且符合“三个目录”的医疗费用部分，先进入公务员医疗补助基金再进入职工大病保险基金。

职工大病保险基金支付年度不设起付线，在职及退休人员支付比例 95%，最高支付限额为 40 万元，根据基金运行情况适时

调整最高支付限额标准。

### **第十七条** 公务员医疗补助基金。

(一) 公务员医疗补助基金由财政供给的行政机关、社会团体、事业单位缴纳；

(二) 公务员医疗补助基金主要用于支付参保人员在一个统筹年度内门诊慢特病和住院医疗费用补助；

(三) 在职、退休人员按个人缴费工资或养老金的 1.5% 划入个人虚拟账户；

(四) 在基本医疗保险统筹基金起付标准以上、年度最高支付限额以下，应由个人负担的部分，且符合“三个目录”的医疗费用，在职及退休人员按 95% 比例支付；基本医疗保险年度最高支付限额以上，且符合“三个目录”的医疗费用，在职及退休人员按 95% 比例支付，年度最高支付限额 30 万元。

**第十八条** 医疗救助资金。参保人员在一个统筹年度内经基本医疗保险、公务员医疗补助、职工大病保险报销后，负担仍较重的困难职工，由民政、医保部门认定后，根据相关政策享受医疗救助。

**第十九条** 企业补充医疗保险。为不降低一些特定行业职业现有的医疗消费水平，在参加城镇职工医疗保险的基础上，允许建立企业补充医疗保险。

**第二十条** 探索政策范围外医疗费用解决途径，通过创新机制等充分挖掘医疗救助制度潜力，支持和鼓励商业保险机构、鼓

励引导慈善捐赠等社会力量，多渠道减轻人民群众政策范围外费用负担。

**第二十一条** 风险调剂金。按照当年筹集的城镇职工基本医疗保险基金收入总额的5%计提，当风险调剂金规模累计达到当年筹资总额的15%后不再计提。风险调剂金由市医保局统一计提，在市财政专户进行管理，主要用于弥补城镇职工医疗保险统筹基金超支缺口。

**第二十二条** 基本医疗保险服务范围和标准，按照《甘肃省基本医疗保险生育保险药品目录》《甘肃省基本医疗保险生育保险诊疗项目目录》《甘肃省基本医疗保险生育保险医用耗材目录》等规定执行。其中，基本医疗保险诊疗项目目录内，甲类诊疗项目100%进入报销范围，乙类的诊疗项目自付10%后进入报销范围，丙类不予报销；基本医疗保险药品目录内，甲类药品100%进入报销范围，乙类药品自付10%后进入报销范围，丙类不予报销。

**第二十三条** 门诊紧急抢救。参保人员在医疗机构门诊实施抢救的，其符合规定的费用纳入基本医疗保险报销，经抢救又转为住院治疗的，其抢救费用可与住院费用合并报销。

**第二十四条** 意外伤害就医。参保人员发生无第三方责任的意外伤害就医医疗救治费用，按意外伤害有关规定执行。

**第二十五条** 异地就医。

1.异地备案。异地安置、异地长期居住的退休人员，常驻异地工作人员办理异地就医登记备案后，在备案地定点医疗机构就

医发生的住院医疗费用，与参保地就医人员执行同一起付标准和报销比例。

2.转外就医。按规定办理转院手续的参保人员起付线按转市域外异地就医起付标准执行，在市外省内住院发生的医疗费用，在职职工统筹基金支付 85%，个人负担 15%；退休人员统筹基金支付 90%，个人负担 10%；在省外住院发生的医疗费用，在职职工统筹基金支付 80%，个人负担 20%；退休人员统筹基金支付 85%，个人负担 15%。

3.异地急症。参保人员临时外出探亲、学习、出差期间，因急症就近抢救或异地住院费用，纳入基本医疗保险统筹基金支付。

4.自行前往就医。参保人员自行前往异地发生的住院医疗费用，起付标准提高到 2000 元，基本医疗、公务员医疗补助、职工大病保险报销比例分别降低 20%。

**第二十六条** 用人单位和参保人员按规定参加职工基本医疗保险并按时足额缴费的，从首次缴费次月起享受基本医疗保险待遇。

**第二十七条** 参保人员跨制度、跨区域参加职工医疗保险按以下规定享受医疗保险待遇。

（一）办理关系转移接续的职工医保参保人员，在转移接续前中断缴费 3 个月（含）以内的，可按转入地规定办理职工基本医疗保险费补缴手续，补缴后不设待遇享受等待期，缴费当月即可在转入地按规定享受待遇，中断期间的待遇可按规定追溯享

受。中断缴费3个月以上的，待遇享受设置6个月等待期。

(二) 参保人员已连续2年(含2年)以上参加基本医疗保险的，因就业等个人状态变化，在职工医保和居民医保间切换参保关系的，且中断缴费3个月(含)以内的，可按本统筹区职工医保规定办理基本医疗保险费补缴手续，补缴后不设待遇享受等待期，缴费当月可按规定享受待遇，中断期间的待遇可按规定追溯享受。中断缴费3个月以上的，待遇享受设置6个月等待期。

## 第五章 就医管理和结算

**第二十八条** 建立分级诊疗制度，推进参保人员有序合理就医。各定点医疗机构发挥自身优势，为参保患者就近治疗提供条件，引导患者就近、合理就医，逐步建立“小病进社区、大病进医院、疑难危重再转院”的分级诊疗体系。

首诊医师要根据初诊结果和分级诊疗制度，告知患者住院、转院制度，引导合理就诊。对确需转院治疗的危、急、重症患者，要及时告知转外的报销规定，并办理转院手续。

**第二十九条** 参保人员在定点医疗机构就诊住院或转诊转院，定点医疗机构应认真核验身份，做到人、卡(证)、码相符，并及时准确上传相关信息，如实告知基本医疗保险相关政策及规定。

(一) 参保人员住院发生的政策范围内的医疗费用，由定点医疗机构按政策规定与患者直接结算，参保人员只支付由个人承担的部分。统筹基金支付部分由医保经办机构与定点医疗机构结算。

(二)符合转诊转院条件的参保人员到市外就医,按照国家和全省异地就医的相关规定执行,在异地定点医疗机构发生的医疗费用实行联网直接结算。

**第三十条** 有序推进按病种分值付费(DIP)的医保支付方式改革。建立医保基金总额预算管理制度,推行以按病种、按人头、按床日付费等多元复合式医保支付方式,逐步扩大日间手术付费覆盖范围,实行定点医疗机构医保资金周转金制度,完善总额控制、结余留用、超支分担机制。

**第三十一条** 下列情况发生的医疗费用不属于城镇职工基本医疗保险报销范围:

- (一)应当从工伤保险基金中支付的;
- (二)应当由第三人负担的;
- (三)应当由公共卫生负担的;
- (四)在境外就医的;
- (五)体育健身、养生保健消费、健康体检;
- (六)国家规定的基本医疗保险基金不予支付的其他费用。

## 第六章 定点管理

**第三十二条** 根据《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》,对提出申请并符合条件的医疗机构和零售药店,实行全市统一定点管理,由市级医保经办机构签订医保服务协议,确定医保定点医药机构。

**第三十三条** 定点医疗机构和定点零售药店须配备专职或兼职管理人员，与医保经办机构共同做好医疗服务管理工作。对参保人员的医疗费用实行单独建账，并按要求真实、及时、准确地向医保经办机构提供参保人员医疗、购药费用等有关信息。

医保经办机构检查和审核参保人员医疗、购药费用,定点医疗机构和定点零售药店应当积极配合。

**第三十四条** 参保人员在定点医疗机构就医、定点零售药店购药时，必须出示医疗保险就医凭证，定点医疗机构、定点零售药店应当核验医疗保险凭证，做到人、卡（证）、码相符。

**第三十五条** 医保经办机构应当建立完善内部控制制度，通过智能审核、实时监控、现场检查等方式及时审核医疗费用，定期不定期对定点医药机构进行稽核审核。

**第三十六条** 医保经办机构或委托符合规定的第三方机构，对定点医药机构开展绩效考核，建立定点医药机构准入退出动态管理机制。考核结果与年终清算、质量保证金退还、协议续签等挂钩。医疗保障行政部门对定点医药机构准入退出、协议履行情况、基金使用情况、医疗服务行为等进行监督。

**第三十七条** 医保经办机构应当加强队伍建设，提升人员素质，合理设置岗位，明确职责，制定切实可行的审核操作规程，加强基金支出管理工作，建立费用支付动态分析制度，确保基金安全平稳运行。

**第三十八条** 定点医疗机构按照国家要求深化药品、医用耗

材集中带量采购制度改革。所有公立医疗机构(含军队医疗机构)均应参加药品、医用耗材集中带量采购;医保定点社会办医疗机构和定点药店按照定点服务协议管理的要求参照执行,按规定合理确定采购量,按采购合同完成约定采购量。

**第三十九条** 医疗保障部门要将医疗机构采购和使用采集药品情况纳入公立医疗机构绩效考核、医疗机构负责人目标责任考核范围,并作为医保总额指标制定重要依据。

**第四十条** 定点医疗机构要进一步推进国家谈判药品有关政策落地实施,严格落实国家谈判药品使用管理规定,医疗保障部门要将谈判药品诊疗服务纳入医药机构服务协议管理范围,加强诊疗行为监管。

## 第七章 基金管理和监督

**第四十一条** 医疗保险基金纳入市级财政专户管理,实行收支两条线,分账核算,专款专用,不得挤占挪用,执行国家统一的基金财务制度、会计制度和预决算制度。按照“以收定支、收支平衡、略有结余”原则,建立健全基金风险预警机制,各级医保部门要加强对基金运行情况监测,及时统计分析基金相关指标,做好基金运行分析和预测预警,实现对基金收支和保障能力的科学预判,有效规避基金风险。

**第四十二条** 建立基金监督检查制度。建立和完善以日常巡查、专项检查、飞行检查、重点检查、专家审查等为主的监督检

查常态机制，对定点医疗机构、定点零售药店贯彻执行医疗保险政策和服务协议情况进行不定期的抽查和检查。

**第四十三条** 建立举报奖励制度。鼓励社会各界对医保经办机构、定点医疗机构、定点零售药店和参保人员执行医疗保险政策情况进行监督。符合举报奖励条件的按《武威市欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励实施细则（暂行）》给予奖励。

**第四十四条** 医疗保障、卫生健康、市场监督管理、财政、审计、公安等部门应当分工协作、相互配合，建立沟通协调、案件移送等机制，共同做好医疗保障基金使用监督管理工作。医疗保障行政部门加强对纳入医疗保障基金支付范围的医疗服务行为和医疗费用的监督，规范医疗保障经办业务，依法查处违法使用医疗保障基金的行为。

**第四十五条** 用人单位、定点医疗机构、定点零售药店、医保经办机构及其工作人员和参保人员违规使用医保基金，以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取医疗保险基金支出的，按照《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》《医疗保障行政处罚程序暂行规定》等法律法规进行处罚。

**第四十六条** 参保人员或其他人员有下列行为之一的，由医保经办机构追回其从医疗保险基金中报销的医疗费用，并由相关部门按照有关规定进行处理；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

（一）将本人的医疗保险凭证、卡、码借给他人冒名住院或办理门诊慢特病就医的；

(二) 伪造或冒用他人医疗保险凭证、卡、码住院办理门诊慢特病就医的;

(三) 伪造、涂改医疗文书、单据等有关凭证,虚报冒领医疗保险基金的;

(四) 其他骗取医疗保险基金行为的。

**第四十七条** 医保经办机构及其工作人员有下列行为之一的,对直接责任人和相关责任人,由相关部门按照有关规定进行处理;构成犯罪的,依法追究刑事责任。

(一) 未按规定核定参保单位、职工的缴费工资基数,以及违反医疗保险基金使用管理规定,造成医疗保险基金损失的;

(二) 擅自更改医疗保险待遇或者放宽支付标准的;

(三) 擅自减免参保单位和在职职工应当缴纳医疗费用的。

## 第八章 附 则

**第四十八条** 本办法相应的配套政策,由市医保行政部门会同有关部门另行制定。

**第四十九条** 本办法自 2022 年 6 月 1 日起实施,有效期五年。原《武威市城镇职工基本医疗保险市级统筹办法》(武政办发〔2017〕56号)同时废止。

---

规范性文件编号：WSFS—2022ZB—01

---

抄送：市人大常委会办公室，市政协办公室，各人民团体。

---

公开属性：主动公开

---

武威市人民政府办公室

2022年5月20日印发

---