

钦州市卫生健康委员会

钦州市 财 政 局 文 件

钦州市市场监督管理局

钦卫财务发〔2019〕1号

关于印发钦州市办理预防性体检费 退款工作方案的通知

各县（区）卫生健康局、财政局、市场监管局，市直属各相关公立医院，市疾控中心：

根据《自治区财政厅、自治区物价局转发财政部、国家发展改革委关于清理规范一批行政事业性收费有关政策的通知》（桂财税〔2017〕13号）、《广西壮族自治区卫生健康委员会、广西壮族自治区财政厅、广西壮族自治区市场监督管理局关于印发广西壮族自治区贯彻落实预防性体检实施办法的通知》（桂卫疾控发〔2019〕17号）等文件精神，为做好预防性健康检查费用清退工作，现将《钦州市办理预防性体检退款工作方案》印发给

你们，请认真贯彻执行。

钦州市卫生健康委员会



钦州市财政局



钦州市市场监督管理局

2019年8月15日



(信息公开形式：主动公开)

钦州市办理预防性体检费退款工作方案

根据《自治区财政厅、自治区物价局转发财政部、国家发改委关于清理规范一批行政事业性收费有关政策的通知》（桂财税〔2017〕13号）等文件精神，为做好预防性健康检查费用清退工作，特制订本方案。

一、工作原则

坚决执行减税降费政策。实施减税降费是党中央、国务院做出的重大决策部署，要充分认识减税降费的重要意义，切实提高政治站位，坚决贯彻和落实好减税降费政策，确保减税降费各政策措施落到实处。

二、退款范围

享受退款的人员需满足以下两个条件，缺一不可：

（一）2017年4月1日—2019年4月30日，在钦州市疾病预防控制中心及市直属相关公立医院缴费办理预防性健康检查（办理健康证）的人员；

（二）符合《广西壮族自治区卫生健康委员会、广西壮族自治区财政厅、广西壮族自治区市场监督管理局关于印发广西壮族自治区贯彻落实预防性体检实施办法的通知》（桂卫疾控发〔2019〕17号）文件中规定的预防性体检的从业人员。即根据《中华人民共和国食品安全法》《公共场所卫生管理条例》及其实施细则、《化妆品卫生监督条例》《生活饮用水卫生监督管理办法》等法律法规规定的四类人员，包括：

1. 从事接触直接入口食品工作的生产经营人员；

2. 直接从事生活饮用水的供、管的人员；
3. 直接从事化妆品生产企业生产人员；
4. 公共场所（指酒店、旅馆、咖啡馆、酒吧、茶座、公共浴室、理发店、美容店、游泳场等）直接为顾客服务的人员。

三、退款所需提供的材料

- （一）退款办理申请书；
- （二）健康证原件（在医院体检的提交医院体检证明）；
- （三）个人办理预防性体检缴费发票原件，单位办理时需提供发票复印件和公司营业执照或卫生许可证复印件；
- （四）工作证明（办理健康证时所在工作单位证明）；
- （五）身份证原件、复印件（原件现场查验，复印件存档备查）；
- （六）退款个人需提供银行卡号，单位需提供单位全称、开户帐号、开户银行。

四、退款办理时间、地点

（一）时间：2019年8月16日—12月31日，工作日每天上午8:00—12:00，下午15:00—17:30。

（二）地点：钦州市疾病预防控制中心2号楼体检大厅，市直属各相关公立医院缴费窗口（申请退款人员需回原缴费地点办理）。

五、办理流程

预防性体检费退款办理流程详见附件1。

六、保障措施

（一）加强组织领导。市卫生健康委、市财政局、市市场监管局要落实主体责任，加强组织协调、相互配合，督促指导具体

负责办理预防性体检费退款相关单位，确保此项工作有序开展。

（二）做好信息公布。通过市人民政府门户网站、“健康钦州”微信公众号等渠道对退款相关信息进行公告。

（三）强化后勤保障。具体负责办理预防性体检费退款单位要开设专门的退款窗口，落实专人负责，确保政策落到实处。

（四）严格资料审核。对申请办理预防性体检费退款人员所提交的资料进行严格审核、把关。

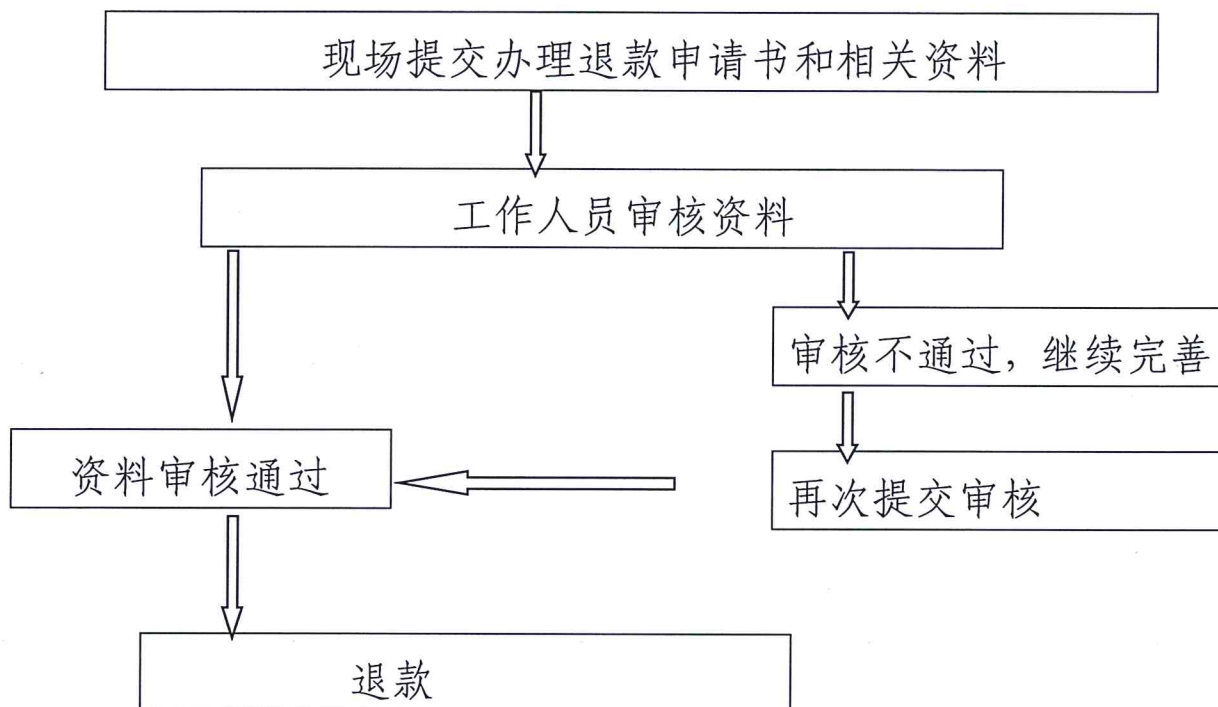
七、其他要求

各县(区)可参照本方案办理所辖区域预防性体检费退款工作。

附件：1. 钦州市办理预防性体检费退款工作流程图

2. 预防性体检费退款申请书（模板）

钦州市办理预防性体检费退款 工作流程图



注：办理退款需要提交以下材料：

1. 退款办理申请书；
2. 健康证原件（在医院体检的提交医院体检证明）；
3. 办理健康证的收款发票原件，单位办理时需提供发票复印件、营业执照或卫生许可证；
4. 工作证明（办理健康证时所工作的单位证明）；
5. 身份证原件、复印件（原件现场查验，复印件存档备查）；
6. 退款个人需提供银行卡号，单位需提供单位全称、开户帐号、开户银行。

以上资料按顺序整理。

附件 2

预防性体检费退款申请书 (单位)

XX 单位:

本公司员工: xxx 等共 xx 人, 于 xxx 年 xx 月 xx 日在你单位办理预防性体检, 共缴款 xx 元。按国家有关政策, 现申请退款 xx, 公司保证, 所提交的申请资料真实无误, 请予以办理。

附件: 办理退款职工名单一览表(含姓名、性别、身份证号、电话号码)

单位(公章): xxx

xxxx 年 xx 月 xx 日

(联系人: xxx, 手机号码: xxxxxxxxxxxx)

预防性体检费退款申请书

(个人)

XX 单位:

本人×××，性别×，身份证号码××××××××××××××××××。本人于××××年××月××日在你单位办理预防性体检，共缴款××元。按国家有关政策，先申请退款××，本人保证，所提交的申请资料真实无误，请予以办理。

申请人：×××（手印）

××××年××月××日

（手机号码：××××××××××××）

抄送：市人民政府，各县（区）人民政府。

钦州市卫生健康委员会办公室

2019年8月15日印发