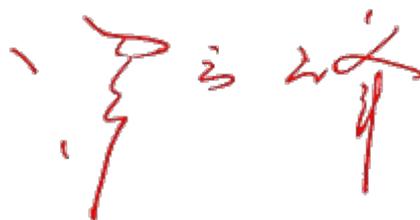


合肥市人民政府令

第 213 号

《合肥市基本医疗保险办法》已经 2021 年 10 月 18 日市人民政府第 101 次常务会议审议通过，现予公布，自 2022 年 1 月 1 日起施行。

市 长

A handwritten signature in red ink, consisting of stylized Chinese characters, positioned to the right of the '市长' text.

2021 年 11 月 4 日

合肥市基本医疗保险办法

第一章 总 则

第一条 为了规范基本医疗保险关系，保障参保人员基本医疗保险合法权益，根据《中华人民共和国社会保险法》、国务院《医疗保障基金使用监督管理条例》等相关规定，结合本市实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于本市行政区域内职工基本医疗保险（以下简称职工医保）、职工生育保险、城乡居民基本医疗保险（以下简称居民医保）和大病保险的费用征缴、待遇享受，以及就医结算、医药服务、公共管理服务和基金管理等活动。

第三条 基本医疗保险工作坚持覆盖全民、城乡统筹、权责清晰、保障适度、可持续的方针，遵循公平与效率兼顾、权利与义务统一、保障水平与经济社会发展水平相适应的原则，按照以收定支、收支平衡、略有结余的要求，提高医疗保险基金使用效率，保障参保人员基本医疗需求，促进医疗卫生资源合理利用，筑牢保障底线。

第四条 基本医疗保险实行市级统筹、分级管理、责任共担，全市统一筹资政策、待遇保障政策、协议管理、基金管理、经办服务和信息系统。

第五条 市、县（市）区人民政府应当加强基本医疗保险工作的领导，将医疗保障事业纳入国民经济和社会发展规划。

高新技术产业开发区管委会、经济技术开发区管委会、新站高新技术产业开发区管委会应当按照规定做好基本医疗保险相关工作。

乡镇人民政府、街道办事处、社区（村）居民委员会应当按照要求做好居民医保宣传动员、参保登记以及缴费等工作。

第六条 医疗保障行政部门负责基本医疗保险管理工作，其所属的医疗保障经办机构和监管事务机构负责具体实施工作；税务部门负责基本医疗保险费征收管理工作。

发展和改革委员会、教育、公安、民政、财政、人力资源和社会保障、卫生健康、农业农村、退役军人事务、乡村振兴、审计、市场监督管理、数据资源管理、残联等部门在各自职责范围内负责基本医疗保险相关工作。

第二章 职工医保

第七条 下列单位和人员应当参加职工医保：

（一）国家机关、事业单位、社会团体、企业、民办非企业、有雇工的个体工商户等单位（以下统称用人单位）及其职工；

（二）国家、省规定的其他应当参加职工医保的单位和人员。

第八条 无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工医保

的非全日制从业人员和其他灵活就业人员（以下统称灵活就业人员），可以参加职工医保。

第九条 用人单位应当依法办理职工医保参保登记、变更、注销及缴费基数申报等手续。

用人单位、参保人员应当按照下列规定按月缴纳职工医保费：

（一）职工以本人上年度月平均工资作为当年1月1日至12月31日期间的个人缴费基数，按照百分之二的比例由用人单位代扣代缴。

用人单位以本单位全部参保职工缴费基数之和作为单位缴费基数，国家机关、事业单位按照百分之六点二的比例、其他用人单位按照百分之六点四的比例缴纳。

用人单位新增或者减少参保人员的，单位和职工个人缴费基数按照实际工资额相应调整确定；新成立单位参保的，单位和职工个人缴费基数按照实际工资额确定。

职工个人缴费基数低于全省上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资（以下简称省平均工资）百分之六十的，按照百分之六十计算；超过百分之三百的，按照百分之三百计算。

（二）灵活就业人员以省平均工资的百分之六十作为缴费基数，按照百分之六的比例缴纳。

（三）失业人员在领取失业保险金期间，由失业保险基金按照规定缴纳职工医保费。

第十条 市医疗保障行政部门应当会同财政部门按照国家

和省规定，根据本市经济社会发展和职工医保基金运行情况，适时提出职工医保缴费比例调整方案，报市人民政府批准。

第十一条 参保人员达到法定退休年龄时，累计缴费年限男满二十五年、女满二十年，且实际缴费年限满十五年的（含在部队参加医疗保险的实际缴费年限），不再缴纳职工医保费，按照规定享受医保待遇；未达到上述缴费年限的，以办理补缴时上年度省平均工资为基数，按照百分之六比例一次性补缴至规定年限，补缴的职工医保费全部纳入统筹基金。其中，因用人单位原因造成缴费年限不足的，由用人单位负责补齐；非用人单位原因造成的，由个人负责补齐。

职工医保缴费年限包括实际缴费年限和视同缴费年限，2002年12月1日（本市基本医疗保险制度建立）前国家承认的工龄视同为职工医保缴费年限。实际缴费年限与视同缴费年限不重复计算。职工医保中断缴费的，中断前后实际缴费年限累计计算。

本办法实施前在本市已退休并按月领取基本养老金的人员，未纳入职工医保的，个人可以自愿按照本条第一款规定的补缴标准一次性补缴职工医保费后，享受职工医保待遇。

第十二条 参保人员按照下列规定时间享受职工医保待遇：

（一）参保职工自用人单位和职工履行缴费义务次月起享受职工医保待遇；

（二）灵活就业人员按月连续足额缴费三个月后享受职工医保待遇；

(三) 失业人员在领取失业保险金期间享受职工医保待遇；期满后三个月内以灵活就业人员身份参加职工医保并足额缴费的，连续享受职工医保待遇。

第十三条 职工医保关系转移到本市，在三个月内接续参保缴费的，参保人员连续享受职工医保待遇；超过三个月的，参保人员自接续参保缴费次月起享受职工医保待遇。

退役军人、由部队保障的随军未就业军人配偶实现就业后，按照规定参加职工医保并办理关系转移接续的，连续享受职工医保待遇。

第十四条 职工医保关系中断按照下列规定处理：

(一) 用人单位中断缴费不超过一个月并按照规定补缴的，参保人员连续享受职工医保待遇；连续中断缴费超过一个月的，参保人员自用人单位足额补缴后享受职工医保待遇。

(二) 灵活就业人员连续中断缴费不超过三个月的，补齐中断期间的职工医保费后享受职工医保待遇；连续中断缴费超过三个月的可以补齐中断缴费，在连续缴费三个月后的次月享受职工医保待遇。

中断缴费期间参保人员不享受职工医保待遇，属于用人单位原因造成的，由用人单位参照职工医保政策承担相应医疗费用。

第十五条 参保人员个人账户按照下列规定按月划入：

- (一) 在职职工个人缴纳的职工医保费全部划入本人个人账户；
- (二) 享受职工医保待遇的退休人员，由统筹基金按定额划

入个人账户，划入额度按照国家和省相关规定执行。

以灵活就业人员身份参加职工医保的，不建立个人账户。

第十六条 有下列情形之一的，停止划入个人账户：

- （一）未按照规定缴纳职工医保费的；
- （二）因判刑、死亡等原因暂停或者终止职工医保待遇的；
- （三）法律、法规、规章规定的其他情形。

第十七条 参保人员个人账户本金和利息归个人所有，可以用于支付参保人员本人及其配偶、父母、子女发生的下列费用：

- （一）在定点医疗机构就医发生的由个人负担的医疗费用；
- （二）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；
- （三）参加居民医保的个人缴费。

个人账户不得用于公共卫生费用、体育健身或者养生保健消费等不属于基本医疗保险保障范围的支出。

第十八条 参保人员发生的符合医疗保险政策规定的门诊医疗费用由统筹基金按照下列规定支付：

（一）普通门诊。普通门诊待遇设置起付标准、支付比例和年度支付限额，一个年度计算一次起付标准，起付标准以上、年度支付限额以下的医疗费用，由统筹基金按照不低于百分之五十的比例支付。

逐步将在符合条件的定点零售药店发生的外配处方购药费用纳入普通门诊待遇保障范围。

(二) 慢性病、特殊病门诊(以下简称慢特病门诊)。慢特病门诊待遇按照医疗机构层级设置起付标准和支付比例,并实行病种年度支付限额管理,一个年度计算一次起付标准,起付标准以上、病种年度支付限额以下的医疗费用,由统筹基金按比例支付。具体办法由市医疗保障行政部门另行制定。

第十九条 参保人员发生的符合医疗保险政策规定的住院医疗费用由统筹基金按照下列规定支付:

(一) 住院待遇按照医疗机构层级设置起付标准和支付比例,起付标准以上、统筹基金年度支付限额以下的医疗费用,由统筹基金按比例支付。住院待遇向基层医疗机构、退休人员适当倾斜。

(二) 在长期护理保险制度实施前,符合规定的医养结合住院医疗费用,由统筹基金按床日支付。

第二十条 一个自然年度内,统筹基金支付门诊和住院待遇限额为三十万元。

市医疗保障行政部门应当会同财政部门根据本市经济社会发展和职工医保基金运行情况,适时提出统筹基金支付限额调整方案,报市人民政府批准后实施。

第三章 职工生育保险

第二十一条 职工生育保险和职工医保按照国家规定合并

实施，职工医保参保人员同步纳入职工生育保险保障范围。

第二十二条 参加职工医保的用人单位职工享受下列职工生育保险待遇：

- （一）生育津贴；
- （二）生育的医疗费用；
- （三）计划生育的医疗费用；
- （四）国家和省、市规定的其他项目费用。

以灵活就业人员身份参加职工医保的，享受生育的医疗费用和计划生育的医疗费用待遇。

第二十三条 国家机关、事业单位参保人员不享受生育津贴待遇，产假期间工资待遇由用人单位发放。

其他参保单位的在职女职工，所在用人单位已按照本市规定为其办理职工医保参保登记手续，并有下列情形之一的，享受生育津贴待遇：

- （一）符合国家和省政策规定的生育，且连续缴费六个月以上（不含补缴）；
- （二）符合国家和省政策规定的计划生育手术。

第二十四条 生育津贴以职工所在用人单位上年度职工月平均工资为标准，按照国家和省规定的产假天数计发。

用人单位上年度参保不足十二个月的，按照上年度实际缴费月数的职工月平均工资标准计发生育津贴；用人单位当年新成立的，按照当年实际缴费月数的职工月平均工资标准计发生育津

贴。

第二十五条 生育的医疗费用包括产前检查、住院分娩、生育当期合并症或者并发症、产假期间生育并发症等医疗费用；计划生育的医疗费用包括计划生育手术、计划生育手术当期并发症等医疗费用。

参保女职工发生的符合医疗保险政策规定的生育的医疗费用和计划生育的医疗费用，由职工医保统筹基金分类支付。

第二十六条 一个年度内职工医保统筹基金支付的生育的医疗费用和计划生育的医疗费用纳入职工医保统筹基金支付限额范围。

第四章 居民医保

第二十七条 未参加职工医保的下列人员应当参加居民医保：

- （一）本市户籍居民；
- （二）各类学校在校学生；
- （三）非本市户籍，持有本市居住证的人员及其未成年子女；
- （四）非本市户籍，随在本市就业参保人员共同生活的未成年子女；
- （五）国家和省规定的其他应当参加居民医保的人员。

在本市工作的外籍专家共同生活的配偶及其未成年子女可以参加居民医保。

第二十八条 居民医保基金按年筹集，由个人缴费和财政补助组成，个人缴费、财政补助标准按照不低于国家和省规定的标准执行。符合资助参保条件的城乡居民，由城乡医疗救助基金对个人缴费予以全额或者定额补助。

居民医保筹资标准由市医疗保障行政部门会同财政部门提出，报市人民政府批准后实施。

第二十九条 居民医保实行集中参保制度，集中参保期内，城乡居民可以在户籍地或者居住地社区（村）居民委员会参保缴费，也可以通过医疗保险服务网络平台参保缴费。

教育部门及学校应当做好在校学生参加居民医保的宣传动员等工作；在校大学生由学校组织参保。

第三十条 未在集中参保期参保的下列人员可以补办参保缴费手续，并按照规定享受居民医保待遇：

（一）一周岁以内婴儿自出生之日起三个月内参保缴费的，自出生之日起享受参保年度居民医保待遇；超过三个月参保缴费的，自参保缴费次日起享受居民医保待遇；

（二）经卫生健康部门认定的严重精神障碍患者，补办参保缴费手续后，享受参保年度居民医保待遇；

（三）动态新增的特困人员、低保对象、返贫致贫人口、脱贫不稳定人口以及纳入农村低收入监测人口，自参保缴费次日起享受居民医保待遇；

（四）当年退役士兵、刑满释放人员自参保缴费次日起享受

居民医保待遇；

（五）停止缴纳职工医保费三个月内的，自参保缴费次日起享受居民医保待遇；

（六）国家和省规定的其他可以补办参保缴费手续的情形。

连续两年以上参加基本医疗保险，未在集中参保期参保缴费的其他人员，在补办参保缴费手续三个月后享受居民医保待遇。

第三十一条 参保人员发生的符合医疗保险政策规定的门诊医疗费用由居民医保基金按照下列规定支付：

（一）普通门诊，分为基层普通门诊和大额普通门诊，适时推进合并实施。

1.基层普通门诊。参保人员在本市基层医疗机构发生的门诊医疗费用纳入居民医保基金支付范围。基层普通门诊待遇设置起付标准、支付比例和年度支付限额，一个年度计算一次起付标准，起付标准以上、年度支付限额以下的医疗费用，由居民医保基金按照不低于百分之五十的比例支付。

2.大额普通门诊。参保人员在本市符合条件的基层医疗机构、二级以上医疗机构发生的较大数额普通门诊医疗费用纳入居民医保基金支付范围。大额普通门诊待遇设置起付标准、支付比例和年度支付限额，一个年度计算一次起付标准，起付标准以上、年度支付限额以下的医疗费用，由居民医保基金按照不低于百分之五十的比例支付。

在校大学生普通门诊统筹资金可以由学校包干使用，普通门

诊待遇由学校统筹保障，不再享受基层普通门诊和大额普通门诊待遇。

（二）慢特病门诊。慢特病门诊待遇按照医疗机构层级设置起付标准和支付比例，并实行病种年度支付限额管理，一个年度计算一次起付标准，起付标准以上、病种年度支付限额以下的医疗费用，由居民医保基金按比例支付。具体办法由市医疗保障行政部门另行制定。

高血压、糖尿病门诊药品费用纳入居民医保基金支付范围。

第三十二条 参保人员发生的符合医疗保险政策规定的住院医疗费用由居民医保基金按照下列规定支付：

（一）住院待遇按照医疗机构层级设置起付标准和支付比例，起付标准以上、居民医保基金年度支付限额以下的医疗费用，由基金按比例支付。住院待遇向基层医疗机构适当倾斜。

（二）在长期护理保险制度实施前，符合规定的医养结合住院医疗费用，由居民医保基金按床日支付。

第三十三条 参保人员按照规定享受下列其他保障待遇：

（一）住院分娩补助。参保人员住院分娩（含剖宫产）实行定额补助；妊娠期、分娩期因并发症或者合并症住院治疗的，按照普通住院待遇执行，不再享受分娩定额补助。

（二）残疾人装配辅助器具补助。对符合规定的残疾人装配辅助器具费用，实行定额下按比例补助。

第三十四条 一个自然年度内，居民医保基金支付门诊、住

院和其他待遇的限额为三十万元。

市医疗保障行政部门应当会同财政部门根据本市经济社会发展和居民医保基金运行情况，适时提出居民医保基金支付限额调整方案，报市人民政府批准后实施。

第五章 大病保险

第三十五条 享受职工医保、居民医保待遇的人员同步纳入大病保险保障范围。参保人员享受大病保险待遇起止时间与其职工医保、居民医保待遇起止时间一致。

第三十六条 参保人员在定点医疗机构发生的符合医保政策规定的住院和慢特病门诊医疗费用，经基本医保报销后，个人自付部分（不含起付费用）纳入大病保险保障范围。

第三十七条 大病保险设置年度起付标准和支付比例。年度起付标准以上的医疗费用，由大病保险基金按比例支付。

年度起付标准按照不超过全市上年度居民人均可支配收入的百分之五十确定。支付比例按照年度累计费用分段确定，最低段支付比例不低于百分之六十。对特困人员、低保对象、返贫致贫人口等国家和省规定的特殊人群的年度起付标准和支付比例适当倾斜。

对在本市连续参保不满三年的非本市户籍参加居民医保人员（不含在校大学生），设置三十万元的年度支付限额；其他参

保人员不设置年度支付限额。

第六章 就医结算管理

第三十八条 参保人员发生的医疗费用报销范围按照国家和省基本医疗保险药品、医用耗材、医疗服务项目、医疗服务设施等目录执行。

参保人员使用乙类药品、医用耗材和部分支付类医疗服务项目，由个人先行支付一定比例费用后，纳入医疗保险基金支付。个人先行支付费用比例由市医疗保障行政部门根据国家和省有关规定确定。

第三十九条 参保人员凭医保电子凭证、居民身份证或者社会保障卡在定点医疗机构、定点零售药店（以下简称定点医药机构）就医购药，按照规定享受医疗保险待遇。定点医药机构应当核验就诊人员身份，并如实记载诊疗信息。

第四十条 参保人员在本市定点医药机构发生的医疗费用实行联网直接结算。个人承担的医疗费用，由参保人员与定点医药机构结算；医疗保险基金承担的医疗费用，由医疗保障经办机构与定点医药机构结算。

第四十一条 参保人员在市域外医疗机构治疗的，应当办理备案手续，实行联网直接结算；无法联网直接结算的，参保人员应当在规定时间内到参保地医疗保障经办机构办理结算报销手

续。

参保人员在市域外医疗机构治疗，未办理备案手续的，适当提高医疗保险基金起付标准、降低医疗保险基金支付比例，具体办法由市医疗保障行政部门另行制定。

第四十二条 下列医疗费用不纳入医疗保险基金支付范围：

- （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）在非定点医药机构发生的（急诊、抢救除外）；
- （六）体育健身、养生保健消费、健康体检；
- （七）国家规定的医疗保险基金不予支付的其他费用。

第七章 医药服务

第四十三条 符合条件的医药机构自愿提出申请，经医疗保障经办机构或者其委托的第三方机构评估合格的，与医疗保障经办机构协商一致后签订服务协议，确定为医疗保险定点医药机构。

医疗保障行政部门应当根据区域医药卫生资源配置和参保人员医疗需求等因素，合理确定定点医药机构规模和布局，并实时公布定点医药机构名单。

第四十四条 医疗保障经办机构和定点医药机构应当履行服务协议约定；需要增加服务协议内容的，签定补充协议。服务协议格式文本由市医疗保障行政部门根据国家和省相关规定并结合本市情况制定。

定点医药机构涉嫌违法使用医疗保险基金的，在调查处理期间，医疗保障经办机构可以按照协议约定暂停其医疗保险结算或者暂停拨付医疗费用。

第四十五条 定点医药机构应当因病施治、合理检查、合理治疗、合理用药、合理收费，执行医疗保险支付政策和价格标准，优先使用基本医疗保险目录范围内和集中采购的药品、医用耗材，控制医疗费用不合理增长，降低参保人员负担。

第四十六条 医疗保障行政部门应当按照规定做好药品、医用耗材、医疗服务项目、医疗服务设施等基本医疗保险支付标准的制定落实工作，完善医疗服务项目收费政策，建立医疗服务价格动态调整机制和信息公开机制。

第四十七条 医疗保障行政部门应当积极推进医保支付方式改革，完善总额预算下按疾病诊断分组付费、按床日付费、按人头付费和按项目付费等多元复合式支付方式，加强医疗保险费用结算管理，完善定点医药机构考核评价机制，推行医疗保险基金使用绩效管理，提高医疗保险基金使用效率。

第四十八条 鼓励基层首诊、双向转诊、急慢分治，鼓励开展“互联网+”医疗、家庭医生签约服务，推动分级诊疗制度的落

实，促进医疗资源有效利用。

参保人员签约家庭医生并在基层医疗机构就诊的，可以适当提高医疗保险基金支付比例、降低医疗保险基金起付标准。

第八章 公共管理服务

第四十九条 参保人员同一时期只能参加一种基本医疗保险。

参保人员重复参加职工医保和居民医保的，在居民医保待遇享受期开始前，可以申请退费并终止居民医保参保关系；居民医保待遇享受期开始后，个人缴费不再退回，暂停其居民医保参保关系，保留职工医保参保关系。

第五十条 居民医保待遇享受期内参加职工医保的，在享受职工医保待遇前可继续享受居民医保待遇，在享受职工医保待遇时暂停居民医保待遇。

已参加居民医保的短期季节性务工人员，短期季节性务工结束停止职工医保时，仍在居民医保待遇享受期内的，恢复居民医保待遇。

返贫致贫人口、防止返贫致贫监测对象在职工医保和居民医保之间转移接续参保关系时，不受居民医保规定缴费时间限制，不设等待期，在参保缴费后享受相应待遇。

第五十一条 医疗保障经办机构应当按照规定建立医疗保

险电子档案，完整、准确记录参保以及待遇保障信息；加强定点医药机构协议管理，按照协议约定及时审核、足额拨付医疗保险结算费用；完善商业保险机构经办医疗保险制度，推进医疗保险经办工作社会化。

第五十二条 医疗保障行政部门应当加强医疗保险信息系统建设，优化“互联网+”医疗保险服务事项，落实政务服务清单事项，为参保人员提供高效便捷的医疗保险公共服务。

第九章 基金管理

第五十三条 医疗保险基金实行市级统筹和预决算管理。职工医保基金、居民医保基金应当分别编制年度预算，实行独立运行、分账核算。

医疗保险基金年度决算出现收不抵支的，由医疗保险基金历史结余弥补；历史结余不足的，由市与县（市）财政分担。具体分担办法由市医疗保障行政部门会同财政部门提出，报市人民政府批准后实施。

第五十四条 职工医保统筹基金和个人账户基金应当分别核算、分开管理，统筹基金包括用人单位和灵活就业人员缴纳的职工医保费、滞纳金、利息和其他收入；个人账户基金包括职工个人缴纳的职工医保费、统筹基金划入退休人员个人账户的资金和利息收入。居民医保基金包括财政补助资金、居民个人缴费、

利息和其他收入。医疗保险基金的计息按照国家规定执行。

职工大病保险、居民大病保险基金分别从职工医保统筹基金和居民医保基金中划拨筹集。具体筹资标准由市医疗保障行政部门会同财政部门根据国家 and 省有关规定以及上年度大病保险基金运行情况提出，报市人民政府批准后实施。

第五十五条 医疗保险基金纳入社会保障基金财政专户，实行收支两条线管理，专款专用。任何单位和个人不得挪用。

医疗保障经办机构应当规范医疗保险基金财务管理，做好基金统计分析，建立基金超支预警报告制度，定期向社会公布基金收支运行情况。

第五十六条 医疗保障、财政、审计、卫生健康、市场监督管理、公安、数据资源等部门应当按照各自职责，对医疗保险基金收支管理、医疗行为、医疗市场等实施协同监管，建立健全医疗保险大数据智能监管平台和巡查检查制度，探索引入第三方监管机制，强化社会监督，确保医疗保险基金安全运行。

第五十七条 用人单位、定点医药机构、医疗保障经办机构和监管事务机构等单位及其工作人员、参保人员的违法行为，按照法律、法规、规章的规定处理。

第十章 附 则

第五十八条 市医疗保障行政部门应当根据本办法规定和

医疗保险基金运行情况，拟订职工医保、职工生育保险、居民医保、大病保险等待遇保障细则，报市人民政府批准后实施。

第五十九条 除另有规定外，持有港澳台居民居住证在本市就业、学习、生活的，按照本办法规定参加基本医疗保险；外国人依法获得我国就业许可和居留许可在本市就业的，应当按照本办法规定参加职工医保；外国人获得我国居留许可在本市居住未就业的，可以按照本办法规定参加居民医保。

第六十条 本办法实施中的有关具体应用问题由市医疗保障行政部门负责解释。

第六十一条 本办法自 2022 年 1 月 1 日起施行。2007 年 12 月 31 日合肥市人民政府令第 133 号发布的《合肥市职工生育保险办法》以及 2011 年 5 月 11 日合肥市人民政府令第 157 号发布，根据 2015 年 3 月 26 日合肥市人民政府令第 178 号公布的《合肥市人民政府关于修改〈合肥市城镇职工基本医疗保险办法〉的决定》修改并重新发布的《合肥市城镇职工基本医疗保险办法》同时废止。

分送：各县（市）、区人民政府，市政府各部门、各直属机构。

抄送：市委各部门，市人大常委会办公室，市政协办公室，市法院、
市检察院，合肥警备区，各人民团体，各民主党派。

合肥市人民政府办公室

2021年11月8日印发
