附件1

**江门市职工生育保险就医确认申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身份证号码  （个人参保号） |  | | | 姓 名 |  | | 年龄 |  |
| 联系电话 |  | | | 单位名称 |  | | | |
| 预产期 |  | | | | 办理时怀孕周数 | |  | |
| 领取失业保险金或退休 | | | □领取失业保险金 □退休 | | | | | |
| 选择产前检查、分娩或终止妊娠定点医疗机构名称 |  | | | | | | | |
| 以上内容填写真实，若填写内容与实际情况不相符，本人愿承担相关法律责任。  享受待遇人员签名：  年 月 日 | | | | | | | | |
| **以下由生育保险定点医疗机构**（**医保经办机构**）**填写** | | | | | | | | |
| 就医确认凭证编号 | | （确认机构盖章） | | | | 办理日期 |  | |
| 经办人 | |  | | | | 复核人 |  | |

说明：1.参加生育保险累计缴费满1年的职工，提供以下资料到选定的医疗机构办理生育保险就医确认手续：

（1）江门市职工生育保险就医确认申请表；符合计划生育规定的书面告知承诺（计划生育情况可通过联网信息共享查询的不用提供）。

（2）符合条件的失业人员、退休人员须按上述规定申请办理就医确认手续，还需分别提供失业、退休书面告知承诺（可通过联网信息共享查询的不用提供）。

2.职工选定定点医疗机构后，孕期内一般不得变更，但因医疗条件限制、住所变化等特殊事由，确需变更产前检查和分娩医疗机构的，应当持经原定点医疗机构盖章确认的《就医确认申请表》和变更事由的相关材料（医疗条件限制需提供医疗机构情况说明，住所变化需提供户口簿、不动产权证、购房合同或租赁合同等）向参保属地经办机构申请办理变更手续并填写新的《就医确认申请表》。

3.此表一式2份，职工和定点医疗机构（医保经办机构）各存一份,规格为A4纸，请填写后打印，或用黑色水笔，中文正楷填写。

**江门市职工生育保险生育医疗费用待遇申请表**

附件2

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身份证号码  （个人参保号） | | | |  | | 姓 名 |  | | | | 年龄 | |  |
| 单位名称 | | | |  | | 联系电话 | | | |  | | | |
| 社会保障卡  银行名称 | | | |  | | 金融账户账号 | | | |  | | | |
| 人员类别 | | | | □境内在职人员 □境外人员（外国人、港澳台人员）  □失业人员 □退休人员  □参保职工未就业配偶（配偶姓名： 身份证： ） | | | | | | | | | |
| **待遇申领类别** | **产前检查** | □产前检查 | | | 就医确认凭证  编号和日期 | | | |  | | | | |
| **分**  **娩** | □ 阴式分娩 □ 剖宫产 | | | | | | | 胎儿数 | | | 分娩日期 | |
| 个 | | | 年 月 日 | |
| 生育登记证明编号 | | | 生育登记证明发证机关 | | | | | | | 签发日期 | |
|  | | |  | | | | | | | 年 月 日 | |
| 出生医学证明编号 | | | 出具出生医学证明医疗机构 | | | | | | | 签发日期 | |
|  | | |  | | | | | | | 年 月 日 | |
| **终止妊娠** | □ 怀孕未满4个月终止妊娠  □ 怀孕4个月（含）以上终止妊娠 | | | | | | 手术医疗机构名称 | | | | 手术日期 | |
|  | | | | 年 月 日 | |
| **计划生育手术** | □ 怀孕未满4个月人工流产  □ 怀孕4个月（含）以上人工流产  □ 放环 □ 取环  □ 绝育手术 □ 复通手术 | | | | | |
| 本人生育保险有效缴费月数累计已达12个月，现按相关规定申领生育保险待遇。以上内容填写真实，若填写内容与实际情况不相符，本人愿承担相关法律责任。  申领人（代理人）签字：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| **以下由生育保险定点医疗机构（医保经办机构）填写** | | | | | | | | | | | | | |
| 办理意见 | | | 经办人：（办理机构盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | |

说明：1.累计参加生育保险满1年的职工，在定点医疗机构施行计划生育手术的，由生育保险定点医疗机构填写意见和盖章。

2.累计参加生育保险未满1年的职工施行计划生育手术的，其生育医疗费用先由职工个人支付，待其累计参加生育保险满12个月后的1年内，向参保属地经办机构申请报销。

3.本表一式两份，规格为A4纸，请填写后打印，或用黑色水笔，中文正楷填写；请于相应“□”内打“√”或涂黑。

**江门市职工生育保险市内转院（诊）审核表**

附件3

医疗机构名称： 科别： 申请日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身份证号码  （个人参保号） | |  | 姓 名 |  | | 性别 | |  | 年龄 |  |
| 单位名称 | |  | | 联系电话 | |  | | | | |
| 临床诊断： | | | | | | | | | | |
| 拟转诊医院： | | | | | | | | | | |
| 病情摘要：  转院（诊）理由：  医师签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 副主任以上医师或科主任意见：  签名：  年 月 日 | | | | 医务科意见：  （医务科盖章）  年 月 日 | | | | | | |
| **以下由医保经办机构填写** | | | | | | | | | | |
| 办理意见 | （办理机构盖章） | | | | | | | | | |
| 办理编号 |  | | | | 办理时间 | |  | | | |
| 经办人 |  | | | | 复核人 | |  | | | |

说明：1.此表用于转院（诊）备案、转院（诊）审核及结算凭证。

2.急危重病人可以先转院（诊），5个工作日内必须报医保经办机构备案。

3.此表格一次住院或门诊有效。

4.本表一式一份，规格为A4纸，请填写后打印，或用黑色水笔，中文正楷填写。

**江门市职工未就业配偶生育保险就医确认申请表**

附件4

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身份证号码  （个人参保号） |  | | 参保职工  姓名 |  | | 年龄 |  |
| 联系电话 |  | | 单位名称 |  | | | |
| 配偶姓名 |  | | 配偶身份证  号码 |  | | | |
| 配偶年龄 |  | | 配偶电话 |  | | | |
| 预产期 |  | | | 办理时怀孕周数 | |  | |
| 选择产前检查、分娩或终止妊娠定点医疗机构名称 |  | | | | | | |
| 以上内容填写真实，若填写内容与实际情况不相符，本人愿承担相关法律责任。  享受待遇人员签名：  年 月 日 | | | | | | | |
| **以下由生育保险定点医疗机构（医保经办机构）填写** | | | | | | | |
| 就医确认凭证编号 | | （确认机构盖章） | | | 办理日期 |  | |
| 经办人 | |  | | | 复核人 |  | |

说明：1.参加生育保险累计缴费满1年的职工，其未就业配偶提供以下资料到参保属地医保经办机构办理生育保险就医确认手续：

《江门市职工未就业配偶生育保险就医确认申请表》；符合计划生育规定的书面告知承诺（计划生育情况可通过联网信息共享查询的不用提供）；结婚证（结婚证可通过联网信息共享查询的不用提供）；职工未就业配偶的失业或未就业的书面告知承诺；

2.职工未就业配偶选定定点医疗机构后，孕期内一般不得变更，但因医疗条件限制、住所变化等特殊事由，确需变更分娩医疗机构的，应当持经原定点医疗机构盖章确认的《就医确认申请表》和变更事由的相关凭证（医疗条件限制需提供医疗机构情况说明，住所变化需提供户口簿、不动产权证、购房合同或租赁合同等）向参保属地医保经办机构申请办理变更手续并填写新的就医确认申请表。

3.此表一式2份，职工未就业配偶和定点医疗机构（医保经办机构）各存一份，规格为A4纸，请填写后打印，或用黑色水笔，中文正楷填写。

**江门市职工生育保险生育津贴待遇申请表**

附件5

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身份证号码  （个人参保号） | | | |  | 姓 名 |  | 年龄 |  |
| 单位名称 | | | |  | 联系电话 |  | | |
| 人员类别 | | | | * 境内参保职工（ □非财政统发工资人员 □财政统发工资人员） * 境外参保职工（外国人、港澳台人员） | | | | |
| 划入方式 | | | | * 社会保障卡 * 银行账户 | 开户名 |  | | |
| 银行账号 |  | | |
| 开户银行 |  | | |
| **生**  **育**  **津**  **贴**  **待**  **遇**  **申**  **领**  **类**  **别** | **女职工产假** | □ 顺产（98天）  □ 多胞胎（每生多1个增加15天）  □ 难产（98天+30天=128天） | | | | 胎儿数 | 分娩日期 | |
| 个 | 年 月 日 | |
| 计划生育服务证号码 | | | 计划生育服务证发证机关 | | 签发日期 | |
|  | | |  | | 年 月 日 | |
| 生育医学证明号码 | | | 出具医学证明医疗机构 | | 签发日期 | |
|  | | |  | | 年 月 日 | |
| □ 怀孕未满4个月终止妊娠的（30天）  □ 怀孕4个月以上7个月以下终止妊娠的（42天）  □ 怀孕满7个月终止妊娠的（75天） | | | | 医疗机构名称 | 手术日期 | |
|  | 年 月 日 | |
| **计划生育手术休假** | □ 取出宫内节育器（1天）  □ 放置宫内节育器（2天）  □ 施行输卵管结扎（21天）  □ 施行输精管结扎（7天）  □ 施行输卵管或者输精管复通手术（14天） | | | | 医疗机构名称 | 手术日期 | |
|  | 年 月 日 | |
| 本人生育保险有效缴费月数累计已达12个月，现按相关规定申领生育保险生育津贴待遇。以上内容填写真实，若填写内容与实际情况不相符，本人愿承担相关法律责任。  申领人（代理人）签字：  年 月 日 | | | | | | | | |
| 用人单位意见：  该职工产假或计划生育休假开始日期： 年 月 日  是否已垫付生育津贴（视同休假期间工资）：□ 是 已垫付生育津贴 天  □ 否  同意将生育津贴划入：□ 职工个人账户 □ 单位账户 □ 财政国库账户  （用人单位盖章）  年 月 日 | | | | | | | | |
| **以下由医保经办机构填写** | | | | | | | | |
| 办理意见 | | | 经办人： （办理机构盖章）  年 月 日 | | | | | |

说明：1.本表一式两份，规格为A4纸，请填写后双面打印，或用黑色水笔，中文正楷填写；请于相应“□”内打“√”或涂黑。

2.用人单位已垫付生育津贴的，表格中划入方式请填写用人单位开户名、银行账号和开户银行。

3.职工属于财政统发工资人员的，生育津贴划回财政国库账户，用于冲减相应的统发工资支出。