|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 生育保险待遇申请表 | | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | | | | 有效身份证件号码 | | | |  | |
| 经办人  姓名 |  | | | | 联系电话  （可多填） | | | |  | |
| **未就业配偶信息** | | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | | 身份证号码 | | | |  | | | |
| **申请项目信息** | | | | | | | | | | |
| □  生育  保险  医疗  费用 | □产前检查 | | | | | | | | | 发票总金额（元）： |
| □生育情况 | | □顺产 □难产  胎次第\_\_\_\_胎、胎儿数\_\_\_\_个 | | | | | 分娩时间：  年 月 日 | | 发票总金额（元）： |
| □终止妊娠  （含宫外孕终止妊娠） | | □怀孕未满4个月，医疗机构建议休假\_\_\_\_天  □怀孕4个月以上7个月以下  □满7个月 | | | | | 终止妊娠时间：  年 月 日 | | 发票总金额（元）： |
| □计划生育  手术情况 | | □ 取出宫内节育器  □ 放置宫内节育器  □ 施行输卵管结扎  □ 施行输精管结扎  □ 施行输卵管或者输精管复通  手术 | | | | | 施行计划生育手术时间：  年 月 日 | | 发票总金额（元）： |
| **申请拨付账**  （涂改无效） | | □ 社会保障卡（优先划拨） □ 银行账户 | | | | | | | |
| 开户名 |  | | | | 开户行 | | 银行  支行 |
| 账号： | | | | | | | |
| □  生育  津贴 | 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） | | | | | | | |
| **申请拨付账户**（涂改无效） | | 开户名 | | |  | | 开户行 | | 银行  支行 |
| 账号： | | | | | 银行行号  （仅单位填写） | |  |
| **用人单位意见：**  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 | | | | | | | | | |
| 申领职工生育保险待遇承诺 | | | | | | | | | | |
| □1.申请生育待遇（未提供计生证明或婴儿出生、死亡证明）：本人承诺所申请的\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_日分娩（或终止妊娠，下同）产生的生育保险待遇，符合国家计划生育政策。  □2.申领未就业配偶生育待遇:本人承诺未就业配偶 所申请的\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日分娩产生的生育保险待遇，符合国家计划生育政策，且产生分娩医疗费用期间，在江门市及市外都没有就业记录并且未享有生育保障（含城乡居民基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗保险的生育待遇）  □3.单位已与参保职工签订合法劳动合同，存在事实劳动关系。  □4.申请生育保险待遇的失业人员未提供失业登记证明：本人承诺失业待遇期限为\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月。  □5.申请生育保险待遇的退休人员未提供退休证明：本人承诺\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月已办理退休。 | | | | | | | | | | |
| **温馨提示**  反欺诈法律提示：以虚构劳动关系、伪造证明材料或者其他手段骗取社会保险待遇的，属于刑法第二百六十六条规定的诈骗公私财物的行为，将依法追究刑事责任。  本人承诺所述情况、提供资料属实，如有欺瞒或其他违法违规行为，本人愿意承担由此产生的一切后果。  申请人签名： 申请人联系电话： 填表日期：\_\_\_\_\_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 | | | | | | | | |

**备注：1.有雇工的个体工商户如没有单位印章的，可由经营者签名加盖指模替代。**

**2.同时申请生育医疗费和生育津贴的，各填一份表。**

**3.如仅申请生育津贴，需填写“生育保险医疗费用”中有关情况（发票总金额一栏无需填写）。**