|  |
| --- |
| 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）。**