|  |
| --- |
| 生育保险待遇申请表（请正反双面打印） |
| 姓名 |  | 证件类型 |  | 有效身份证件号码或社保卡号码 |  |
| 经办人姓名 |  | 单位社保编号 |  | 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）： |
| □计生手术情况 | □流产时孕 月（ 注：应以B超结果为准，如无B超结果的，以医生诊断为准。） □取环 □放环 □输卵管结扎或复通 □输精管结扎或复通 | 施行计划生育手术时间：  年 月 日 | 发票总金额（元）： |
| □生育津贴 | 分娩或施行计划生育手术时间： 年 月 日 |
| **申请拨付账户****（涂改无效）** | 账户性质 |  □个人 □单位 |
| 开户名 |  | 开户行 | \_\_\_\_\_z银行\_\_\_\_ z支行 |
| 账号 |  | 银行行号（仅单位填写） |  |
| **单位/个人意见** |
| □（个人申请时填写）本人已知悉填报须知内容，同意申报，并授权经办机构通过信息共享方式查询本单位/个人与办理生育业务相关的信息，承诺所提供材料与信息均真实完整合法，符合办理业务条件。本次办理业务的其他承诺与告知内容陈述如下：1.本人本孕次（ 年 月 日分娩/施行计生手术）符合国家计划生育政策。2.未曾在其他地市申报（医疗/生育）待遇。3.其他需承诺内容：本人签名： 本人联系电话： 填表日期：□（单位申请时填写）本单位已知悉填报须知内容，同意申报，并授权经办机构通过信息共享方式查询本单位/个人与办理生育业务相关的信息，承诺所提供材料与信息均真实完整合法，符合办理业务条件。本次办理业务的其他承诺与告知内容陈述如下：1.单位已与参保职工签订合法劳动合同，存在事实劳动关系。2.用人单位已足额垫付生育津贴。3.其他需承诺内容：单位经办人签名： 单位经办人联系电话：单位名称（盖章）： 填表日期：温馨提示：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。 |