|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。 | | | | | | | | |

**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.本表由单位或个人填写。**

**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）。**