|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 表10：职工生育保险产前检查医疗机构定点表 | | | | |
| 参保人姓名 |  | 联系人与联系电话 |  | |
| 身份证号码 |  | 预产期及办理时孕周 |  | |
| 男职工未就业配偶姓名  （不属未就业配偶的无需填写） |  | 男职工未就业配偶身份证号码  （不属未就业配偶的无需填写） |  | |
| 是否参加基本医疗保险（男职工未就业配偶填写） | | □是 □否 □其他\_\_\_\_ | | |
| **申 请 选 定 医 院** | | | | |
| 产检选定医院 |  | 产检选定医院所在城市 | |  |
| **个 人 意 见** | | | | |
| 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.本人本孕次符合国家计划生育政策。  2.其他需承诺内容：  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。  本人签名： 填报日期： | | | | |

注：1.此表由参保人填写，并签名确认。

1. 本人承诺上述事项属实。