

## 附件 1

备案编号：

## 广东省异地就医生育保险登记备案表

参保人姓名			身份证号码		
联系电话					
人员类别	<input type="checkbox"/> 职工 <input type="checkbox"/> 职工未就业配偶 <input type="checkbox"/> 其他：		登记类别	<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 变更	
职工未就业配偶姓名（选填）			职工未就业配偶身份证号码（选填）		
是否符合国家生育政策	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		已生育子女	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 1 名 <input type="checkbox"/> 2 名 <input type="checkbox"/> 3 名 <input type="checkbox"/> 其他____	
转往省（市、区）		地区（市、州）		县（区）	
产前检查选定医院					
<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被委托人 签名			填表日期		
以下内容由参保市经办机构填写					
备案有效期	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 长期有效 <input type="checkbox"/> 2. 参保缴费年度内有效 <input type="checkbox"/> 3. 有效起止时间：____年__月__日至____年__月__日				

备注：办理生育异地就医备案人员，其基本医疗保险同步备案至就医所在地。

经办机构：

联系电话：

经办人：

经办日期：