|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 生育保险待遇申请表(新）  （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.未曾在其他地市申报（医疗/生育）待遇。  2.其他需承诺内容：□医院收费票据不存在重复报销；□遗失收费票据原件，号码： ，金额 。现申请使用加盖医疗机构印章的财税部门统一监制的医疗费用收费票据复印件或证明作医疗保障支付凭证。  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）。**