|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **表9: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（申请生育津贴无需填写） | □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 | □怀孕未满4个月，医疗机构建议休假 天 | | | | 终止妊娠时间：  年 月 日 | | 发票总金额  (元); |
| □怀孕4个月以上 | | | |
| □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 ： 银行  支行 | | |
| 账号： | | | | 银行行号： | | |
| **单位/个人意见（见下页）：** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 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：  本人签名： 本人联系电话： 填表日期： | | | | | | | | |
| 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：  单位名称(盖章): | | 单位经办人联系电话：  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.本表由单位填写**。  **3.如仅申请生育津贴，无需填写“生育保险医疗费用”中有关情况。** | | | | | | | | |