

湛江市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 (□财政 □非财政)		
		开户名		开户行	银行支行
		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）。