台州市出生“一件事”集成服务申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 分娩信息 | | | | | | | | | | | | |
| 母亲姓名 | | 张三 | | 住院病历号 | | \*\*\*\*\*\*\* | | | | | | |
| 新生儿性别 | | 女性 | | 出生时间 | | \*\*\*\*年 \*月\* 日\* 时\*分 | | | | | | |
| 出生孕周 | | \* 周 \*天 | | 出生体重 | | \*\*\*\*克 | | 出生身长 | | | | \*\*.\*厘米 |
| 出生地点 | | 浙江省台州市\*\*县（市、区）\*\*\* | | | | | | | | | | |
| 医疗机构名称 | | \*\*\*\*\*\*\*\*\* | | | | | | | 分娩方式 | | 顺产 | |
| 接生人员： \*\*\* 填表日期：\*\*\*\*年\*月\*日 | | | | | | | | | | | | |
| 第1次打印 打印人员：\*\*\* 打印日期：\*\*\*\*年\* 月\*日 | | | | | | | | | | | | |
| 新生儿及其父母信息 | | | | | | | | | | | | |
| 基本信息 | 新生儿姓名 | | 李\*\* | 民族 | \*\* | | 籍贯 | | | \*\*\*\* | | |
| 母亲姓名 | | 张三 | 民族 | \*\* | | 国籍 | | | 中国 | | |
| 身份证件号 | | 331003\*\*\*\*\*\*\*\*2564 | | | | | | | | | |
| 户籍地址 | | 台州市\*\*县（市、区）\*\*\*\*\*街道\*\*\*社区 | | | | | | | | | |
| 现住址 | | 台州市\*\*县（市、区）\*\*\*\*\*街道\*\*\*社区 | | | | | | | | | |
| 委托书 | | 委托人（姓名） 现授权委托 （身份证号□□□□□□□□□□□□□□□□□□，联系电话□□□□□□□□□□□）办理出生医学证明、居民户口簿、社会保障卡·市民卡等相关事项。  凡在上述委托权利内，由受委托人行为所造成的法律结果，委托人均予以承认。  委托期限从 年 月 日起，至 年 月 日止。    委托人签字： 受委托人签字：    年 月 日 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 父亲姓名 | | 李四 | 民族 | \*\* | | 国籍 | | | 中国 | | |
| 身份证件号 | | 331003\*\*\*\*\*\*\*\*5842 | | | | | | | | | |
| 户籍地址 | | 台州市\*\*县（市、区）\*\*\*\*\*街道\*\*\*社区 | | | | | | | | | |
| 现住址 | | 台州市\*\*县（市、区）\*\*\*\*\*街道\*\*\*社区 | | | | | | | | | |
| 户口申报 | 申请随□父亲： ；□母亲： 申报。现申明子女随申请人生活，申报的内容真实，并承诺自行承担因子女落户引发的相关法律责任。 | | | | | | | | | | | |
| 城乡居民基本医疗保险登记 | **城乡居民基本医疗保险：**□参保当年度 □参保下一年度 **委托扣款同意书：**  申请人同意从以下银行账户扣缴基本医疗保险费：  □城乡居民基本医疗保险扣缴账户（社会保障卡·市民卡） | | | | | | | | | | | |
| **备注：**参保新生儿按规定缴纳基本医疗保险费的，享受相应的医疗保险待遇。 | | | | | | | | | | | |
| 新生儿社会保障卡  ·市民卡申请 | **制作社保卡：**□是 □否；  **开卡银行：**  申请人已阅读相关账户协议，承诺所提供的个人资料信息真实、有效、合法，且已了解所申请服务的相关内容，同意并遵照所申请服务办理。 | | | | | | | | | | | |
| **备注：**如需使用社保卡银行账户，需新生儿父母持居民户口簿、本人身份证、出生医学证明（居民户口簿不能体现监护人时需提供）到相应银行柜面办理激活手续。 | | | | | | | | | | | |
| 生育  待遇  核准  支付 | 申请人确认已在本统筹区单位正常参保职工生育保险满10个月，生育服务登记编号□□□□□□□□□□□□□□□，现申请委托办理生育待遇核准支付，生育医疗费用及津贴划拨至单位帐户。  单位开户银行：  户名：  账号： | | | | | | | | | | | |
| **备注：**如生育日期为2019年11月的，则须在2019年1月底前参保且之后无中断方为满10个月。 | | | | | | | | | | | |
| 申请人员 | **出生医学证明一经签发，证件上的各项信息原则上不予变更。**  申请人已确认上述新生儿姓名、民族、落户、参保等信息申报的内容真实有效，并承诺自行承担因子女姓名、民族、落户等引发的相关法律责任。  申请人（父亲）签名： ；联系电话 ；  （母亲）签名： ；联系电话 ；  父母为非户主时，户主签名： ；联系电话 ；  户口簿、社保卡寄送地址： ；  为确保相关证件及时、安全送达，请务必保持电话畅通，出示有效证件签收。  申请登记日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |