新生儿联办事项申请表

申请事项 □出生医学证明 □出生申报户口 □生育保险待遇申请

（勾选） □新生儿城乡医保参保 □新生儿城乡医保缴费 □新生儿市民卡办理

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 | |  | | | 性别 |  | | | | 身份证号码 | | |  | | | |
| 户籍所在地址 | |  | | | | | | | | 联系号码 | | |  | | | |
| 实际居住地 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 配偶姓名 | |  | | | 性别 |  | | | | | 身份证号码 | |  | | | |
| 户籍所在地址 | |  | | | | | | | | | 实际居住地 | |  | | | |
| 户口申报登记信息 | 新生儿姓名 | |  | | | | 户口申报（勾选） | | | | □ 随父  □ 随母 | | 监护人 | 父 母 | | |
| 因夫妻双方民族不一致，经双方确认新生儿民族（□ 随父 □ 随母）。  签字：父 母 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 结果送达方式（勾选） | | | □自取 □邮寄送达到付（请填写邮寄地址）： | | | | | | | | | | | | |
| 城乡医保参保缴费 | □新生儿参保缴费350元 □新生儿参保免费（父母一方当年参加城乡医疗） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生育保险待遇申请 | 单位名称 | | |  | | | | | | | | 人员编号 | | |  | |
| 单位联系人 | | |  | | | | | | | | 联系电话 | | |  | |
| 单位开户银行 | | |  | | | | | | | | 单位汇款账号 | | |  | |
| 生育医院  生育保险待遇事项（勾选）□平产、剖宫产、助娩产待遇核准支付  □未就业配偶医疗待遇核准支付 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生育时间 | | |  | | | | 是否符合法定条件生育或者计划生育：□是 □否 | | | | | | | | |
| 生育类别 | | | □平产 □助娩产 □剖宫产 □结扎 | | | | | | | | | | | | |
| 胎儿数 | | |  | | | | | | | | 孩次 | | | |  |
| 申请人意见 | | 本人承诺以上信息真实有效，愿意承担由此产生的一切法律后果。  申请人签字：  年 月 日 | | | | | | | 单位意见 | | | | 本单位承诺以上信息真实有效，愿意承担由此产生的一切法律后果。  （盖章）  年 月 日 | | | |