附件2

表单号：0600142-S1

**生育保险待遇申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 职工姓名 | 何建x | | 社会保障号码 | | | | 33032919851216xxxx | |
| 未就业配偶  姓名 |  | | 身份证号码 | | | |  | |
| 单位名称 |  | | | | | | | |
| 联系人姓名 | 廖冬x | | | 联系电话 | | | | 0577-6758xxxx |
| 生育时间 | 20180821 | 是否符合法定条件生育或计划生育：是（√）否（ ） | | | | | | |
| 生育类别 | □平产 □助娩产 √剖宫产 □多胞胎  □不满3个月流产 □3-4个月流产□4-7个月流产□满7个月终止妊娠  □上环 □取环 □结扎 □皮下埋植术 □复通手术 □其他 | | | | | | | |
| 胎儿数 | 2 | | | | 孩次 | | | 2 |
| 收款户名 |  | | | | | | | |
| 开户银行 |  | | | | | | | |
| 银行账号 |  | | | | | | | |
| 结果送达  方式  （勾选） | √自取 □网上自助查询  □短信送达（请填写手机号码：）  □邮寄送达（请填写邮寄地址：） | | | | | | | |
| 职工意见 | 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。    职工签字：  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 |
| 医保经办  机构核定  意见 | 经办人签字： （盖章）  年 月 日 | | | | | | | |

**备注**：本表一式一份，由医保经办机构留存。

**填表说明:**

1.“生育时间”是指生育时间、实施计划生育避孕节育手术时间及符合生育政策实施复通手术时间。

2.申请人申请时除填写提供本表外,还需根据不同情形同时提供下列材料：

(1)申请平产、剖宫产、助娩产待遇的: ① 有效医疗费用发票（收据）；②医疗费用汇总清单；③医疗诊断证明或出院记录复印件一份。

(2)申请符合计划生育政策的流产、引产待遇的:①从确认怀孕开始(末次月经)时间的病历复印件一份;②医疗机构出具的流产或引产时间证明复印件一份。

(3)申请不符合计划生育政策的节育、复通手术待遇的:①结婚证复印件一份；②医疗费发票原件一份；③病历、出院小结及住院费用明细汇总清单复印件一份。

(4)申请未就业配偶待待遇的:①医疗诊断证明或出院记录复印件一份；②生育医疗费发票原件一份；③未就业承诺书或未就业证明原件一份。

3.申请人申请材料如为复印件的,申报单位需对复印件与原件进行比对核实,并在复印件上盖上单位章,同时注明“与原件无误”。