附件1

**江门市职工生育保险就医确认申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身份证号码（个人参保号） |  | 姓 名 |  | 年龄 |  |
| 联系电话 |  | 单位名称 |  |
| 预产期 |  | 办理时怀孕周数 |  |
| 选择产前检查、分娩或终止妊娠定点医疗机构名称 |  |
| 享受待遇人员签名：   年 月 日 |
| **以下由生育保险定点医疗机构**( **社会保险经办机构**）**填写** |
| 就医确认凭证编号 |  （确认机构盖章） | 办理日期 |  |
|  经办人 |  |  复核人 |  |

说明：1.参加生育保险累计缴费满1年的参保职工，提供以下资料到选定的医疗机构办理生育保险就医确认手续：

（1）江门市职工生育保险就医确认申请表；医院诊断妊娠证明；社会保障卡等参保凭证；享受待遇人员的身份证明；符合计划生育规定的证明。

（2）符合条件的失业人员、退休人员须按上述规定申请办理就医确认手续，还需分别提供以下资料：失业人员的失业登记证明；退休人员的退休证明；

2.参保职工选定定点医疗机构后，孕期内一般不得变更，但因医疗条件限制、住所变化等特殊事由，确需变更产前检查和分娩医疗机构的，应当持原就医确认凭证（经定点医疗机构盖章确认）和变更事由的相关凭证（医疗条件限制需提供医疗机构证明，住所变化需提供住所变化证明材料等）向参保属地社保经办机构申请办理变更手续并填写新的就医确认申请表。

3.此表一式2份，参保职工和定点医疗机构（社会保险经办机构）各存一份, 规格为A4纸，请填写后打印，或用黑色水笔，中文正楷填写。