**江门市职工生育保险生育津贴待遇申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身份证号码  （个人参保号） | | |  | | | 姓 名 |  | 年龄 |  |
| 单位名称 | | |  | | | 联系电话 |  | | |
| 人员类别 | | | * 境内参保职工（ □非财政统发工资人员 □财政统发工资人员） * 境外参保职工（外国人、港澳台人员） | | | | | | |
| 划入方式 | | | * 社会保障卡 * 银行账户 | | | 开户名 |  | | |
| 银行账号 |  | | |
| 开户银行 |  | | |
| **生**  **育**  **津**  **贴**  **待**  **遇**  **申**  **领**  **类**  **别** | **女职工产假** | □ 顺产（98天）  □ 多胞胎（每生多1个增加15天）  □ 难产（98天+30天=128天） | | | | | 胎儿数 | 分娩日期 | |
| 个 | 年 月 日 | |
| 计划生育服务证号码 | | | 计划生育服务证发证机关 | | | 签发日期 | |
|  | | |  | | | 年 月 日 | |
| 生育医学证明号码 | | | 出具医学证明医疗机构 | | | 签发日期 | |
|  | | |  | | | 年 月 日 | |
| □ 怀孕未满4个月终止妊娠的（30天）  □ 怀孕4个月以上7个月以下终止妊娠的（42天）  □ 怀孕满7个月终止妊娠的（75天） | | | | | 医疗机构名称 | 手术日期 | |
|  | 年 月 日 | |
| **计划生育手术休假** | □ 取出宫内节育器（1天）  □ 放置宫内节育器（2天）  □ 施行输卵管结扎（21天）  □ 施行输精管结扎（7天）  □ 施行输卵管或者输精管复通手术（14天） | | | | | 医疗机构名称 | 手术日期 | |
|  | 年 月 日 | |
| 本人生育保险有效缴费月数累计已达12个月，现按相关规定申领生育保险生育津贴待遇。以上内容填写真实，若填写内容与实际情况不相符，本人愿承担相关法律责任。  申领人（代理人）签字：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 用人单位意见：  该职工产假或计划生育休假开始日期： 年 月 日  是否已垫付生育津贴（视同休假期间工资）：□ 是 已垫付生育津贴 天  □ 否  同意将生育津贴划入：□ 职工个人账户 □ 单位账户 □ 财政国库账户  （用人单位盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | |
| **以下由社会保险经办机构填写** | | | | | | | | | |
| 办理意见 | | | | 经办人： （办理机构盖章）  年 月 日 | | | | | |

说明：1.本表一式两份，规格为A4纸，请填写后双面打印，或用黑色水笔，中文正楷填写；请于相应“□”内打“√”或涂黑。

2.参保职工属于财政统发工资人员的，生育津贴划回财政国库账户，用于冲减相应的统发工资支出。