**江门市职工生育保险生育医疗费用待遇申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身份证号码  （个人参保号） | | | |  | | 姓 名 |  | | | 年龄 | |  |
| 单位名称 | | | |  | | 联系电话 |  | | | | | |
| 社会保障卡  银行名称 | | | |  | | 金融账户账号 |  | | | | | |
| 人员类别 | | | | □境内在职人员 □境外人员（外国人、港澳台人员）  □失业人员 □退休人员  □参保职工未就业配偶 （配偶姓名： 身份证： ） | | | | | | | | |
| **待遇申领类别** | **产前检查** | □产前检查 | | | 就医确认凭证  编号和日期 | | | |  | | | |
| **分 娩** | □ 阴式分娩 □ 剖宫产 | | | | | | | 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 | |
| **终止妊娠** | □ 怀孕未满4个月终止妊娠  □ 怀孕4个月（含）以上终止妊娠 | | | | | | 手术医疗机构名称 | | | 手术日期 | |
|  | | | 年 月 日 | |
| **计划生育手术** | □ 怀孕未满4个月人工流产  □ 怀孕4个月（含）以上人工流产  □ 放环 □ 取环  □ 绝育手术 □ 复通手术 | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | |
| **以下由生育保险定点医疗机构（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.累计参加生育保险满1年的参保职工，在定点医疗机构施行计划生育手术的，由生育保险定点医疗机构填写意见和盖章。

2.累计参加生育保险未满1年的参保职工施行计划生育手术的，其生育医疗费用先由参保职工个人支付，待其累计参加生育保险满12个月后的1年内，向参保属地经办机构申请报销。

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