

## 表9：生育保险待遇申请表

(请正反双面打印)

姓名		证件类型		有效身份证件号码 或社保卡号码	
经办人 姓名		单位社保 编号		联系电话 (可多填)	

### 未就业配偶信息

姓名		身份证号码	
----	--	-------	--

### 申请项目信息

<input type="checkbox"/> 生育保险 医疗费用	<input type="checkbox"/> 产前检查			发票总金额(元):	
	<input type="checkbox"/> 生育情况	<input type="checkbox"/> 顺产 <input type="checkbox"/> 难产 胎儿数_____个	分娩时间: 年  月  日	发票总金额(元):	
	<input type="checkbox"/> 终止妊娠 (含宫外孕终止妊娠)	<input type="checkbox"/> 怀孕未满4个月, 医疗机构建议休假_____天 <input type="checkbox"/> 怀孕4个月以上7个月以下 <input type="checkbox"/> 满7个月	终止妊娠时间: 年  月  日	发票总金额(元):	
	<input type="checkbox"/> 计生手术 情况	<input type="checkbox"/> 流产时孕_____月 (注: 应以B超结果为准, 如无B超结果的, 以医生诊断为准。) <input type="checkbox"/> 取环 <input type="checkbox"/> 放环 <input type="checkbox"/> 输卵管结扎或复通 <input type="checkbox"/> 输精管结扎或复通	施行计划生育手术 时间: 年  月  日	发票总金额(元):	
<input type="checkbox"/> 生育津贴	分娩或施行计划生育手术时间:           年  月  日				
	申请拨付账户 (涂改无效)	账户 性质	<input type="checkbox"/> 个人 <input type="checkbox"/> 单位		
		开户名	开户行	银行 支行	
账号	银行行号 (仅单位填写)				

## 单位/个人意见

(个人申请时填写) 本人已知悉填报须知内容, 同意申报, 并授权经办机构通过信息共享方式查询本单位/个人与办理生育业务相关的信息, 承诺所提供材料与信息均真实完整合法, 符合办理业务条件。本次办理业务的其他承诺与告知内容陈述如下:

1. 本人本孕次(年月日分娩/施行计生手术)符合国家计划生育政策。
2. 未曾在其他地市申报(医疗/生育)待遇。
3. 其他需承诺内容:

本人签名:

本人联系电话:

填表日期:

(单位申请时填写) 本单位已知悉填报须知内容, 同意申报, 并授权经办机构通过信息共享方式查询本单位/个人与办理生育业务相关的信息, 承诺所提供材料与信息均真实完整合法, 符合办理业务条件。本次办理业务的其他承诺与告知内容陈述如下:

1. 单位已与参保职工签订合法劳动合同, 存在事实劳动关系。
2. 用人单位已足额垫付生育津贴。
3. 其他需承诺内容:

单位经办人签名:

单位经办人联系电话:

单位名称(盖章):

填表日期:

温馨提示: 以虚构劳动关系、伪造证明材料或者其他手段骗取社会保险待遇的, 属于刑法第二百六十六条规定的诈骗公私财物的行为, 将依法追究刑事责任。

- 备注: 1. 有雇工的个体工商户如没有单位印章的, 可由经营者签名加盖指模替代。  
2. 本表由单位或个人填写。  
3. 如仅申请生育津贴, 需填写“生育保险医疗费用”中有关情况(发票总金额一栏无需填写)。