

信息采集表
(请正反双面打印)

姓名		证件类型		有效证件号码	
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 (不属于未就业配偶的无需填写)					
姓名		身份证号码			
☐ 本人及配偶承诺, 女方在本市及市外均未就业, 且未参加职工基本医疗保险或者城乡居民基本医疗保险并享受相关待遇。					
申请项目信息					
☐ 生育保险医疗费用	☐ 产前检查			发票总金额 (元):	
	☐ 生育情况	☐ 顺产 胎儿数	☐ 难产 个	分娩时间: 年 月 日	发票总金额 (元):
	☐ 终止妊娠 (含宫外孕终止妊娠)	☐ 怀孕未满 4 个月, 医疗机构建议休假 天 ☐ 怀孕 4 个月以上 7 个月以下 ☐ 满 7 个月		终止妊娠时间: 年 月 日	发票总金额 (元):
	☐ 计生手术情况	☐ 流产/引产时孕 月 (注: 应以 B 超结果为准, 如无 B 超结果的, 以医生诊断为准。) ☐ 取环 ☐ 放环 ☐ 输卵管结扎或复通 ☐ 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):

