

表10：职工生育保险产前检查医疗机构定点表

参保人姓名		联系人与 联系电话	
身份证号码		预产期及 办理时孕周	
男职工未就业配 偶姓名 (不属未就业配 偶的无需填写)		男职工未就业配 偶身份证号码 (不属未就业配 偶的无需填写)	
是否参加基本医疗保险 (男职工未就业配偶填写)		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 其他_____	
申请选定医院			
产检选定医院		产检选定医院 所在城市	
个人意见			
<p>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：</p> <p>1.本人本孕次符合国家计划生育政策。</p> <p>2.其他需承诺内容：</p> <p>温馨提示：反欺诈法律提示：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。</p> <p>本人签名：_____ 填报日期：_____</p>			

注：1.此表由参保人填写，并签名确认。

2.本人承诺上述事项属实。