生育保险待遇申报表

编号： 接单时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | | 单位编码 |  | |
| 单位性质 | 企业（ ）、机关（ ）、全额拨款事业单位（ ）、参公事业单位（ ）、其它（ ） | | | | | | |
| 个人编号 |  | | 姓名 |  | | 性别 |  |
| 职工身份证号 |  | | | 生育或计划生育时间 | | 年 月 日 | |
| 就诊医院 |  | | |
| 胎儿数 |  | 第几孩 |  | 配偶姓名 |  | 配偶身份证 |  |
| 备注：表中的配偶相关信息，仅在男职工申报未就业配偶生育待遇时填写。 | | | | | | | |
| 生育或计划生育类别（勾选或填写） | | | | | | | |
| 顺产 | |  | | 放置宫内节育器(含宫内节育器) | |  | |
| 难产 | |  | | 摘取宫内节育器 | |  | |
| 剖宫产 | |  | | 输卵管结扎术 | |  | |
| 妊娠4个月以上流产（含人流） | |  | | 输精管结扎术 | |  | |
| 妊娠4个月以下流产（含人流） | |  | | 输卵管复通术 | |  | |
|  | |  | | 输精管复通术 | |  | |
| 是否有其它支付渠道 | |  | | 已支付金额 | |  | |
| 发票总金额： | | | | | | | |
| 职工本人承诺：以上项目真实有效，若与实际情况不符，愿承担相关责任。  职工本人签名：  时间： 年 月 日 | | | | 单位意见（盖章） | | 时间： 年 月 日 | |

单位经办人： 接单人： 审核人：

医保经办机构电话： 医保经办机构盖章：

注：1.参保人员按政策规定发生生育或实施计划生育手术申报生育保险待遇时，由用人单

位在一年内申报待遇并填写生育费用核报资料明细单。类别请在相应栏目内打“√”

2.表中各栏目须填写准确完整，用人单位意见栏加盖单位印章，因申报有误或不实造成的后果由单位承担相关责任。

3.此明细单一式两份，参保单位、医保经办机构各留一份。