|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **省本级生育保险待遇申报受理单** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **基本资料** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 |  | | | | 性别 | |  | | 身份证号 | |  | | 生育时间  （或手术时间） | | | |  | |
| 参保单位 |  | | | | | | | | | | 生育服务证号码  （准生证） | |  | | | | | |
| 报销类型 | 生育医疗费用 □ 生育津贴□ 男职工未就业配偶 □ 其他 □ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 胎次 |  | | | | 胎儿数 | | |  | | 怀孕天数 | |  |  | | | | | |
| 银行户名 | | |  | | | | | 银行账号 | |  | | | | 开户银行  及支行名称 | |  | | |
| 类 别 | | | | | 顺产 □ 难产 □ 剖宫产□ 多胞胎生育 □  引产 □ 怀孕4个月内流产□ 怀孕4—7个月内流产□ | | | | | | | | | | | | | |
| 计划生育手术类别 | | | | | 放置宫内节育器 □ 摘取宫内节育器 □ 输卵管结扎 □  输卵管复通术□ 输精管结扎 □ 输精管复通术□ | | | | | | | | | | | | | |
| **生育医疗费用** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 就诊医院（门诊） | | | | | |  | | | | | 就诊医院（住院） | | | |  | | | |
| 门诊发票张数 | | | |  | | 门诊发票金额（单位：元） | | |  | | 住院发票张数 | |  | | 住院发票金额（单位：元） | | |  |
| **男职工未就业配偶填写** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 结婚登记号 | | | |  | | | | | | | 配偶身份证号码 | |  | | | | | |
| **受理材料** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 基本资料： 本人有效银行卡原件复印件 □ 生育服务证原件复印件 □  生育津贴报销： 出院小结原件复印件（加盖医院公章）□  生育医疗费用报销： 医疗费用发票（加盖医院章） □ 医疗费用明细清单（加盖医院章） □  出院小结复印件（加盖医院章） □ 未刷卡生育医疗费用备案表 □  男职工未就业配偶： 结婚证原件复印件 □ 配偶身份证复印件 □ 个人承诺书 □ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 备注 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |

**申请人或代办人： 受理人：**

**联系电话： 受理时间：**

**备注：**1、本表一式二份，经办机构和参保个人各留一份；

2、2018年1月1日起生育医疗费用未刷卡结算的参保人员应当自生育之日起12个月内或实施计划生育手术之日起6个月内携带相应材料申领生育保险待遇；

3、由单位经办代办的，相关材料需加盖单位公章。