附件2

表单号：0600142-S1

生育保险待遇申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 职工姓名 |  | 社会保障号码 | | |  | | |
| 未就业配偶姓名 |  | 身份证号码 | | |  | | |
| 单位名称 |  | | | | | | |
| 联系人姓名 |  | | | | 联系电话 | |  |
| 生育时间 |  | | 是否符合法定条件生育或者计划生育：是（ ）否（ ） | | | | |
| 生育类别 | □平产 □助娩产 □剖宫产  □不满3个月流产 □3—4个月流产 □满4个月流产  □上环 □取环 □结扎  □其他 | | | | | | |
| 胎儿数 |  | | | | 孩次 | |  |
| 结果送达  方式  （勾选） | □自取  □网上自助查询  □短信送达（请填写手机号码：）  □邮寄送达（请填写邮寄地址：） | | | | | | |
| 职工意见 | 本人承诺以上信息真实有效，愿意承担由此产生的一切法律后果。  职工签字：  年月 日 | | | 单位意见 | | 本单位承诺以上信息真实有效，愿意承担由此产生的一切法律后果。  （盖章）  年 月 日 | |
| 社保经办  机构核定  意见 | 经办人签字： （盖章）  年 月 日 | | | | | | |

**备注：**本表一式一份，由社保经办机构留存。

**填表说明：**

1. “生育时间”是指生育时间、实施计划生育避孕节育手术时间及符合生育政策实施复通手术时间。

2. 申请人申请时除填写提供本表外，还需根据不同情形同时提供下列材料：

（1）申请平产、剖宫产、助娩产待遇的：医疗诊断证明或出院记录复印件一份。

（2）申请符合计划生育政策的流产、引产待遇的：①从确认怀孕开始（末次月经）时间的病历复印件一份；②医疗机构出具的流产或引产时间证明复印件一份。

（3）申请不符合计划生育政策的节育、复通手术待遇的：①结婚证复印件一份；②医疗费发票原件一份；③病历、出院小结及住院费用明细汇总清单复印件一份。

（4）申请未就业配偶待待遇的：①医疗诊断证明或出院记录复印件一份；②生育医疗费发票原件一份；③未就业承诺书或未就业证明原件一份。

3. 申请人申请材料如为复印件的，申报单位需对复印件与原件进行比对核实，并在复印件上盖上单位章，同时注明“与原件无误”。

表单号：0600142-J1

生育保险待遇核定表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 社会保障号码 |  | | |
| 单位名称 |  | | | | |
| 生育（计划生育）类别 | |  | 生育（计划生育）时间 | |  |
| 计发基数（元） |  | 产假天数 |  | 胎儿数 |  |
| 生育保险待遇支付明细 | 项目 | | 核定费用 | | |
| 生育津贴 | |  | | |
| 生育医疗费用补偿金 | |  | | |
| 计划生育医疗费用 | |  | | |
| 其它费用 | |  | | |
| 扣除费用 | |  | | |
| 核定金额合计 | 元 | | | | |
| 未就业配偶  姓名 |  | 身份证号码 |  | | |
| 生育保险待遇支付明细 | 项目 | | 核定费用 | | |
| 生育医疗费用补偿金 | |  | | |
| 计划生育医疗费用 | |  | | |
| 扣除费用 | |  | | |
| 核定金额合计 | 元 | | | | |
| 社保经办  机构意见 | （盖章）  年 月 日 | | | | |

**备注：**本表一式三份，本人（存入档案）、单位和社保经办机构各执一份。