广西生育保险待遇个人申请表

单位名称：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 　 | 性 别 | 　 | 身份证号 |   |
| 费用发生时间（填写出生或手术当天） | 年 月 日 | 联系电话 |  |
| 申报项目 | 产检、生育、计划生育项目：□产前检查（门诊）□生育（□顺产、□多胞胎顺产、□难产、□多胞胎难产）□未满4个月流产 □满4个月流产 □宫内节育器（□放置、□取出）□输卵管（输精管）结扎术 □输卵管（输精管）复通术  |
| 生育并发症： | □妊娠期肝内胆汁淤积症 | □先兆流产 |
| □羊水栓塞（DIC） | □母胎血型不合 | □子宫破裂 | □妊娠期高血压疾病 |
| □产后出血（休克） | □HELLP综合征 | □产褥期感染 | □妊娠期糖尿病 |
| □产褥期乳腺炎 | □羊胎膜感染综合征 | □其它生育并发症 |
| □生育津贴 本人本次生育子女□第一、二孩 □第三孩及以上 □流产津贴 |
| 男职工配偶姓名 | 　 | 男职工配偶身份证号 | 　 |
| 发票张数 |  张 | 医疗费用合计（元） | 　 |
| 出生医学证号 |  |
| 收款账户信息 | □社保卡账户（需激活金融账户) |  |
| □其它银行卡账户 | 开户名称： |  |
| 银行账号： |  |
| 开户银行： |  |
|  本人承诺以上情况及提交的材料真实合法，如有虚假，愿承担由此引发的法律责任。  |
|  承诺人（签名、盖指印）： 日期： 年 月 日 |

广西生育保险待遇个人申请表

（填写示范文本）

单位名称： 张三所在单位

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 张三　 | 性 别 | 女　 | 身份证号 | 450XXXXXXXXXXXXXXX  |
| 费用发生时间（填写出生或手术当天） |  202X年 XX 月 XX 日 | 联系电话 | 189XXXXXXXX |
| 申报项目 | 生育、计划生育项目：□产前检查（门诊）☑ 生育（☑ 顺产、□多胞胎顺产、□难产、□多胞胎难产）□未满4个月流产 □满4个月流产 □宫内节育器（□放置、□取出） □输卵管（输精管）结扎术 □输卵管（输精管）复通术  |
| 生育并发症： | □妊娠期肝内胆汁淤积症 | □先兆流产 |
| □羊水栓塞（DIC） | □母胎血型不合 | □子宫破裂 | □妊娠期高血压疾病 |
| □产后出血（休克） | □HELLP综合征 | □产褥期感染 | □妊娠期糖尿病 |
| □产褥期乳腺炎 | □羊胎膜感染综合征 | □其它生育并发症 |
| □生育津贴 本人本次生育子女□第一、二孩 □第三孩及以上 □流产津贴 |
| 男职工配偶姓名 | 　 | 男职工配偶身份证号 | 　 |
| 发票张数 |  1 张 | 医疗费用合计（元） | 10000　 |
| 出生医学证号 | XXXXXXXXXXXXXXX  |
| 收款账户信息 | □社保卡账户（需激活金融账户) | XXXXXXXXXXXXXXX  |
| □其它银行卡账户 | 开户名称： | XXXXXXX |
| 银行账号： | XXXXXXXXXXXXXXX |
| 开户银行： | XXXXX银行 |
|  本人承诺以上情况及提交的材料真实合法，如有虚假，愿承担由此引发的法律责任。  |
|  承诺人（签名、盖指印）： 张三 日期：202X 年 XX 月XX 日 |