广西生育保险待遇申报表

□本市自取 □外地邮寄

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： | |  | |
| 单位意见 | 单位（盖章）  年 月 日 | | | | | |
| 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 | | | | | | |

单位经办人： 经办人联系电话：

广西生育保险待遇申报表

（填写示范文本）

☑本市自取 □外地邮寄

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 | | |
| 单位意见 | 情况属实，同意申报  单位（盖章）  20XX年 X 月 X 日 | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |

单位经办人： 李四 经办人联系电话： 137XXXXXXXX