

表 9：生育保险待遇申请表 (请正反双面打印)

姓名		证件类型		有效身份证件号 码或社保卡号码	
经办人 姓名		单位社 保编号		联系电话 (可多填)	

未就业配偶信息

姓名		身份证号码			
----	--	-------	--	--	--

申请项目信息

<input type="checkbox"/> 生育保险医疗费用	<input type="checkbox"/> 产前检查				发票总金额(元):
	<input type="checkbox"/> 生育情况	<input type="checkbox"/> 顺产 <input type="checkbox"/> 难产 胎儿数_____个	分娩时间:	年 月 日	发票总金额(元):
	<input type="checkbox"/> 终止妊娠 (含宫外孕终止妊娠)	<input type="checkbox"/> 怀孕未满 4 个月, 医疗机构 建议休假____天 <input type="checkbox"/> 怀孕 4 个月以上 7 个月以下 <input type="checkbox"/> 满 7 个月	终止妊娠时间:	年 月 日	发票总金额(元):
	<input type="checkbox"/> 计生手术 情况	<input type="checkbox"/> 流产时孕_____月 (注: 应以 B 超结果为准, 如无 B 超结果的, 以医生诊断为准。) <input type="checkbox"/> 取环 <input type="checkbox"/> 放环 <input type="checkbox"/> 输卵管结扎或复通 <input type="checkbox"/> 输精管结扎或复通	施行计划 生育手术 时间:	年 月 日	发票总金额(元):
<input type="checkbox"/> 生育津贴	分娩或施行计划生育手术时间: _____年 月 日				
	申请拨付账户 (涂改无效)	账户 性质	<input type="checkbox"/> 个人 <input type="checkbox"/> 单位		

