

表 14：信息采集表 (请正反双面打印)

姓名		证件类型		有效证件 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 (不属于未就业配偶的无需填写)					
姓名		身份证号码			
<p style="text-align: center;">□本人及配偶承诺，女方在本市及市外均未就业，且未参加职工基本医疗保险或者城乡居民基本医疗保险并享受相关待遇。</p>					
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/引产时孕 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			胎儿数 个		
	申请拨付账户 (涂改无效)	账户性质	<input type="checkbox"/> 个人 <input type="checkbox"/> 单位			
		开户名	开户行		银行支行	
		账号	银行行号 (仅单位填写)			

单位/个人承诺

单位填写

本单位已知悉填报须知内容，同意申报，并授权经办机构通过信息共享方式查询本单位/个人与办理生育业务相关的信息，承诺所提供材料与信息均真实完整合法，符合办理业务条件。本次办理业务的其他承诺与告知内容陈述如下：

- 单位已与参保职工签订合法劳动合同，存在事实劳动关系。
- 用人单位已足额垫付生育津贴。
- 参保人知悉由单位申请生育津贴。
- 其他需承诺内容：

单位经办人签名：

单位经办人联系电话：

单位名称（盖章）：

填表日期：

参保人签名：

个人填写

本人已知悉填报须知内容，同意申报，并授权经办机构通过信息共享方式查询本单位/个人与办理生育业务相关的信息，承诺所提供材料与信息均真实完整合法，符合办理业务条件。本次办理业务的其他承诺与告知内容陈述如下：

- 未曾在其他地市申报（医疗/生育）待遇。
- 用人单位知悉由参保人个人申请生育津贴。
- 其他需承诺内容：

本人签名：

本人联系电话：

填表日期：

单位名称（盖章）：

温馨提示：以虚构劳动关系、伪造证明材料或者其他手段骗取社会保险待遇的，属于刑法第二百六十六条规定的诈骗公私财物的行为，将依法追究刑事责任。

备注：有雇工的个体工商户如没有单位印章的，可由经营者签名加盖指模替代。