

广州市职工生育保险待遇申请表

(请正反双面打印, 填写前请认真阅读本表背面的填写须知)

参保人员基本信息 (必填, 涂改无效)					
姓名	李	个人社保编号	6	分娩或实施计生手术时间	2018.07
经办人姓名	刘	单位社保编号	0	联系电话 (可多填)	13
未就业配偶信息 (男职工未就业配偶申请医疗待遇填写, 其他情况不需填写)					
未就业配偶姓名		未就业配偶身份证号码			
参保人员情况 (必填项, 请按实际情况勾选)					
人员身份	☒ 参保职工 ☐ 未就业配偶 ☐ 退休或失业人员 ☐ 享受产假/计生假期期间丧失单位依托职工				
生育或计生情况	☐ 本地产检与分娩/计生 ☒ 本地产检和异地分娩/计生 ☐ 异地产检与分娩/计生 ☐ 本地实施计生手术 ☐ 异地实施计生手术				
发生费用医疗机构名称		广州市天河区妇幼保健院			
其他情况	☐ 分娩或实施计生手术时参加生育保险未满一年;				
	☒ 分娩或实施计生手术时参加生育保险已满一年, 已办理就医凭证, 按规定就医或急诊就医;				
	☐ 分娩或实施计生手术时参加生育保险已满一年, 未办理就医凭证, 或未按规定就医;				
申请项目	☒ 生育保险医疗待遇 (产假和分娩已在医疗机构记账的不需勾选) ☐ 生育津贴				
发放方式 (涂改无效)	☐ 生育医疗费用申请拨付本人社保卡金融账户, 津贴拨付如下账户; ☒ 根据申请项目, 拨付如下账户。				
拨付账户信息 (涂改无效)					
账号	5	开户行 (需明确到具体支行)	中国	刘	
开户名	中国	银行行号 (异地银行账户填写)	1		
单位/个人意见 (必填)					
同意申报, 本单位/个人同意授权广州市医疗保险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, 如伪造材料或以任何方式骗取生育保险待遇的, 本单位/个人愿意承担一切后果; 同意广州市医疗保险经办机构将本单位/个人虚假行为上报和纳入信用管理体系, 并就本次办理业务的其他承诺内容陈述如下: 本人刘于2018.07分娩, 符合生育保险待遇申领条件。					
本人签名: 刘		单位名称 (盖章):		填表日期: 2019.12.25	

填 报 须 知（填写前请认真阅读）

1. 此表由经办人或参保人填写，经参保单位确认。失业人员或丧失单位依托的女职工由本人签名确认；单位为个体户且无公章的，由法定代表人签名确认。除涂改无效部分外，其余部分如有涂改，需经办人或参保人签名确认。

2. 生育津贴拨付到单位账户，原则上拨付分娩/计生时的用人单位账户。异地发生或急诊等符合规定，并已由个人垫付的生育医疗费用，可拨付到参保人社保卡金融账户，通过社保卡发卡银行开通后，可以提现。填写完账户发放方式与账户信息后，请再次签名确认，避免出错。

3. 根据政策规定，男职工未就业配偶、失业人员与退休人员享受生育医疗待遇，不享受生育津贴。

4. 如您参保缴费超过一年，且异地产检/分娩或实施计生手术，需终止妊娠前向各医保分中心申请就医确认，发生费用后的1年内，携相关资料向原分中心申报费用。如属生育或实施计生手术时缴费未满足1年现满1年，或参保缴费缴费满1年、未办理就医确认手续或未按规定就医的，申请生育医疗待遇将按规定结算，具体结算规则，请咨询各分中心。

5. 生育或实施计生手术时缴费未满足1年现满1年的，在“单位/个人意见”栏承诺如下：

本单位已与该职工签订合法劳动合同，存在事实劳动关系。

如属于劳务派遣的，承诺如下：本单位具备劳务派遣服务资质，与xx单位（用工单位名称）签订合法劳务派遣协议，并派遣该职工前往用工单位工作。

6. 符合计划生育规定的资料，如无法通过信息共享查询且未带计生证的，在“单位/个人意见”栏承诺如下（已办理就医确认的除外）：

本人承诺本孕次（__年__月__日分娩）符合国家计划生育政策。

7. 男职工未就业配偶属于广州市外户籍的，在“单位/个人意见”栏承诺如下并须夫妻双方签名（已办理就医确认的除外）：

本人承诺在享受广州市生育保险医疗待遇期间，未在户籍所在地参加城乡居民基本医疗保险（含城镇居民基本医疗保险或新型农村合作医疗），且在本市及市外均无就业记录。

8. 符合政策规定的丧失单位依托女职工申请待遇的，需职工本人在“单位/个人意见”栏承诺如下：

本人按照规定享受产假或者计划生育手术休假期间，用人单位因被吊销营业执照/责令关闭/撤销等客观原因，停止缴纳生育保险费、并未支付产假工资，情况属实。申请继续享受本市生育保险待遇。

以下由医疗保险经办机构填写

核验方式 （对于有多种核验方式的资料，请进行勾选）	符合计划生育规定的资料	☒ 系统核验	☐ 书面承诺	☐ 核验原件
	结婚证	☒ 系统核验	☐ 核验原件	
	男职工未就业配偶未在户籍所在地参加城乡居民基本医疗保险（含城镇居民基本医疗保险或新型农村合作医疗）的资料	☒ 系统核验	☐ 书面承诺	
	受理人员签名：_____	时间：_____		
对于经审核按定额支付的，填写此栏	经审核，按____级医疗机构____待遇类型定额支付____元。 审核人员签名：_____			

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。