**享受国家公务员医疗**

**补助的女职工生育医疗费报销申报表**

单位编号/名称：（盖章） 个人编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 身份证号 | |  | | | |
| 孕产项目  （含计划生育）  （√） | | 顺产 | 剖宫产 | 引产 | 人流 | 放环 | 取环 | 其他 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 门诊费用发票张数 | |  | | 门诊费用合计 | |  | | |
| 住院费用发票张数 | |  | | 住院费用合计 | |  | | |
| 银行账号 | | | |  | | | | |
| 银行开户人姓名 | | | |  | | | | |
| 银行名称 | | | |  | | | | |

经办人： 联系电话：

说明：

一、**申报材料**：

**（一）门诊费用：**1.《享受国家公务员医疗补助的女职工生育医疗费报销申报表》，原件1份；2.产前检查门诊医疗费用发票，原件1份；3.与产前检查门诊医疗费用发票对应的清单，复印件1份，4.社会保障卡，复印件1份。

**（二）住院费用：**1.《享受国家公务员医疗补助的女职工生育医疗费报销申报表》，原件1份；2.住院医疗费用发票，原件1份；3.与住院费用发票对应的清单，复印件1份；4.出院小结或出院记录，复印件1份；5. 社会保障卡，复印件1份。

**二、报销时限：**费用发生半年内（住院从出院之日起），逾期不予报销。