生育保险待遇申报表(正面)

□本市自取 □外地邮寄

单位名称： 单位编号： 汇总编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | | 个人编号 |  | |
| 费用发生时间  （填写出生或手术当天） | | 年 月 日 | | | | | |
| 申报项目 | 生育、计划生育项目：  □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 □先兆流产 □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： | | | | | |
| □异位妊娠 | | □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 | □葡萄胎 | | □羊水栓塞（DIC） |
| □妊娠期肝内胆汁淤积症 | | | |  | |
| 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） | |  | | |
| 单位意见 |  | | | | | | |
|  | | | | | |
| 单位（盖章） | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | |
|  | | | | | |
| 本人承诺所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： 日期： 年 月 日 | | | | | | | |

单位经办人： 经办人联系电话：

**说明：申报所需材料见背面。**

|  |
| --- |
| 生育保险待遇申报所需材料（背面）  一、申报生育医疗费用、津贴，提供：  1.《生育保险待遇申报表》，原件1份；  2.计划生育服务手册或生育登记证，复印件1份；  3.新生儿出生医学证明，若婴儿出生后死亡需提供新生儿死亡证明材料，复印件1份；  4.出院小结或出院记录，复印件1 份；  5.住院医疗费用发票，原件1份。  6.女职工生育有并发症，提供与住院医疗费用发票对应的清单，复印件1份；  7.男职工申报配偶生育医疗费用，提供： (1)配偶无工作单位，提供配偶户籍所在社区、村委会出具的未就业证明原件或就业部门出具的《就业失业登记证》复印件，1份；(2)配偶参加生育保险，但不符合享受生育保险待遇条件，提供配偶所在参保地社保经办机构出具的未享受生育保险待遇证明，原件1份；  8. 领取失业金期间生育女职工申报生育医疗费用，提供社会保障卡，复印件1份。  二、申报流产医疗费用、津贴，提供：  1.《生育保险待遇申报表》，原件1份；  2.结婚证，复印件1份；  3.住院治疗，提供出院小结或出院记录，复印件1份；  4.门诊治疗，提供疾病证明书，复印件1份；  5.医疗费用发票，原件1份；  6.男职工申报配偶流产医疗费用，提供配偶户籍所在社区、村委会出具的未就业证明原件或就业部门出具的《就业失业登记证》，复印件1份；  7.申报异位妊娠（宫外孕）和葡萄胎医疗费用，提供与医疗费用发票对应的清单，原件1份；  8.领取失业金期间流产的女职工申报医疗费用，提供社会保障卡，复印件1份。  三、申报取环、放环医疗费用，提供：  1.《生育保险待遇申报表》，原件1份；  2.疾病证明书，复印件1份；  3.医疗费用发票，原件1份。 |