河南省职工生育保险待遇申请表

单位名称： 业务受理号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生  年月 | |  | | | 单位编码 |  |
| 身份证号 |  | | 缴费比例 | | |  | | | 联系电话 |  |
| 家庭住址 |  | | | | | | | 婚育状 况 | ( )初婚 ( )初育 | ( )再婚  ( )再育 |
| 男职工 配偶姓名 |  | 身份证号 |  | | | | | | 生育证号 |  |
| 申请项目类别 | ( )产前检查  ( )一次性生育补助金 | | | ( )生育津贴  ( )生育医疗费 | | | | | ( )计划生育津贴  ( )计划生育医疗费 | |
| 申请确认 | 以上内容填写真实，若填写内容与实际情况不相符，承担相关法律责任。  申请人签名： 申领日期： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 参保单位意见 | 经办人：  (盖章)  年 月 日 | | | | 医保中心意见 | | 经办人：  (盖章)  年 月 日 | | | |
| 备 注 |  | | | | | | | | | |
| 说明：  1 本表一式两份。  2 业务经办时间为每月\*\*--\*\*日工作日时间。 | | | | | | | | | | |