表单号：0600142-S1

生育保险待遇申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 职工姓名 |  | 社会保障号码 | |  | | |
| 未就业配偶姓名 |  | 身份证号码 | |  | | |
| 单位名称 |  | | | | | |
| 联系人姓名 |  | | | 联系电话 | |  |
| 生育时间 |  | | | | | |
| 生育类别 | □平产 □助娩产 □剖宫产  □不满3个月流产 □3—4个月流产 □满4个月流产  □上环 □取环 □结扎  □其他 | | | | | |
| 胎儿数 |  | | | 孩次 | |  |
| 结果送达  方式  （勾选） | □自取  □网上自助查询  □短信送达（请填写手机号码：）  □邮寄送达（请填写邮寄地址：） | | | | | |
| 职工意见 | 职工签字：  年 月 日 | | 单位意见 | | （盖章）  年 月 日 | |
| 社保经办  机构核定  意见 | 经办人签字： （盖章）  年 月 日 | | | | | |

**备注：**本表一式一份，由社保经办机构留存。

**填表说明：**

1. “生育时间”是指生育时间、实施计划生育避孕节育手术时间及符合生育政策实施复通手术时间。

2. 申请人申请时除填写提供本表外，还需根据不同情形同时提供下列材料：

（1）申请平产、剖宫产、助娩产待遇的：①生育登记证明原件及复印件一份；②婴儿出生医学证明原件及复印件一份；③出院记录原件一份；④生育医疗费发票原件一份；⑤已享受城镇居民医疗保险或新型农村合作医疗保险生育保障待遇的，需提供原始票据。

（2）申请符合计划生育政策的流产、引产待遇的：①生育登记证明原件及复印件一份；②门诊手术提供门诊病例原件及复印件一份，住院手术提供出院记录原件一份；③医疗费发票原件一份。

（3）申请不符合计划生育政策的节育、复通手术待遇的：①结婚证复印件一份；②门诊手术提供门诊病例原件及复印件一份，住院手术提供出院记录原件一份；③医疗费发票原件一份。

（4）申请未就业配偶待待遇的：①计生部门出具的生育登记证明原件及复印件一份；②婴儿出生医学证明原件及复印件一份；③出院记录原件一份；④生育医疗费发票原件一份；⑤未就业证明原件一份；⑥已享受城镇居民医疗保险或新型农村合作医疗保险生育保障待遇的，需提供原始票据。

3. 申请人申请材料如为复印件的，申报单位需对复印件与原件进行比对核实，并在复印件上盖上单位章，同时注明“与原件无误”。