**海南省城镇从业人员**

**生 育 津 贴 申 请 表**

**申报单位（盖章） 申报日期： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **单位名称** | |  | | |
| **姓 名** | |  | **身 份 证 号** |  |
| **生育（流产）时间** | |  | **一 胎 胞 数** |  |
| **申报单位经办人/联系电话** | |  | **胎 儿 次 数** |  |
| **单位/个人开户名称1** | |  | | |
| **开 户 银 行1** | |  | | |
| **银 行 帐 号1** | |  | | |
| **单位/个人开户名称2** | |  | | |
| **开 户 银 行2** | |  | | |
| **银 行 帐 号2** | |  | | |
| **单位/个人开户名称3** | |  | | |
| **开 户 银 行3** | |  | | |
| **银 行 帐 号3** | |  | | |
| **单位/个人开户名称4** | |  | | |
| **开 户 银 行4** | |  | | |
| **银 行 帐 号4** | |  | | |
| **生产方式或计划生育手术（在相应项目方格各打“√”）** | **正常产□ 难产（剖腹产、产钳、胎吸）□ 孕7个月以上引产□**  **孕3个月以上7个月以下流产或引产□ 孕3个月以下流产□**  **输卵管结扎□ 输精管结扎□** | | | |
| **备注：** | | | | |
| **说明：**  **1、生育津贴是根据国家法律、法规规定，对职业妇女因生育或实施计划生育手术而离开工作岗位期间，给予的生活费用，是对工资收入的替代。**  **2、生育津贴月标准为用人单位上年度从业人员月平均工资，享受生育津贴期限按照海南省城镇从业人员生育保险条例规定及缴费情况核定。从业人员享受的生育津贴低于其实际工资的，由用人单位予以补足；高于其实际工资的，用人单位不得截留。**  **3、生育津贴在职业妇女生育3个月（难产4个月）后或计划生育手术1个月后，由用人单位填写该表并加盖公章一次性申领。**  **4、用人单位应在从业人员分育或施行计划生育手术次日起1年内向参保所属医疗保障经办机构申领生育津贴；用人单位因被依法破产、被吊销营业执照、责令关闭、撤销、解散或者其它原因终止等客观原因停止经营而未领取生育津贴且无承继单位的，职工本人可在在产假或者计划生育手术休假结束后的次日起2年内内完成申请，如超过申请时限的，经办机构不再核付。**  **5、《申请表》中一胎胞数栏，指是单胞胎或双胞胎；胎儿次数栏指是第一胎或第二胎。**  **6、职工在享受生育津贴期间，所在单位跨市县变更参保地或个人变更参保单位的，生育津贴月标准基数按生育时所在单位上年度月平均工资计发。**  **7、职工在享受生育津贴期间更换单位或所在单位跨市县变更参保地的，由享受待遇时其中一家用人单位一次性向关系变更前的医保经办机构申请，涉及到多个用人单位的需填写相应的单位银行账户信息，由关系变更前医疗保障经办机构将生育津贴按月数分别核发给相应的用人单位。** | | | | |