## 衡阳市生育津贴（一次性生育补助金）申领表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位医保代码 |  | 单位名称 |  |
| 申领人姓名 |  | 申 领 人身份证号码 |  | 参保时间 |  |
| 配偶姓名 |  | 配 偶 身份证号码 |  | 单位平均缴费工资 | 元/月 |
| 经办人姓名 |  | 经 办 人身份证号码 |  | 经 办 人联系电话 |  |
| 分娩或中止妊娠时间 |  | 胎次或终止妊娠序次 |  | 是否难产 |  |
| 产假日期 | 年 月 日 至 年 月 | 日 | 法定产假天数 |  |
| **申领生育津贴单位承诺：**在职工法定产假期间，我单位已停发该职工工资，变更为领取生育津贴，生育津贴低于工资的，由我单位补差。经办人： 20 年 月 日 |
| **申领一次性生育补助金承诺：**本人生育医疗费用未在其它任何保险报销，发票原件仅用于申领一次性生育补金。承诺人：20 年 月 日 |