**南京市生育保险异地生育申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 单位名称 |  |
| 个人编号 |  | 身份证号码 |  |
| 类别 | 1.分娩（ ）、2.流（引）产（ ） 3.上（取）环（ ）、4.绝育（复通）（ ） | | |
|  |
|  |
| 异地 就医 原因 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  | **单位参保盖章** |  |
|  |  |  |  |
|  |  | 年 月 日 |  |
| 异地 就医 医院 | **医院等级** |  | |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  | **医院盖章** |  |
|  |  |  |  |
|  |  | 年 月 日 |  |

**备注：1、异地就医医院等级务必填写准确；**

**2、休完产假申领生育津贴时将此表与其他材料一并返回。**