河南省职工生育保险待遇申请表（空白）

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 （ ）再婚 （ ）初育 （ ）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 　 ( )生育津贴 ( )计划生育津贴    ( )一次性生育补助金　 ( )生育医疗费　　　 　( )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。 | | | | | | | | | | |