**石家庄市市区城镇职工生育保险待遇审核表**

单位名称: 　单位编号:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性 别 |  | 出生年月 |  |
| 身份证号 | |  | | 医保卡号 |  | 生育证登记  机构及编码 |  |
| 户籍地址 | |  | | | | 联系电话 |  |
| 配偶姓名 | |  | | 身份证号 | |  | |
| 生育 | 医疗费 | |  | | 生育胎次 | 第一胎 第二胎 | |
| 就诊医院 | |  | | 生育方式 | 流产 顺产 难产 剖腹产 | |
| 计划生育手术及并发症 | 医疗费 | |  | | 计划生育  手术类别 | 放置（取出）宫腔内节育器、放置（取出）皮下埋植剂、输精（卵）管结扎（复通） | |
| 就诊医院 | |  | | 并发症类别 |  | |
| 本人  意见 | | 产假期间是否领取《独生子女父母光荣证》 | | 是（ ） | （签字）：  年 月 日 | | |
| 否（ ） |
| 所在  单位  意见 | | (盖章)  经办人: 负责人: 年 月 日 | | | | | |

说明: 1、用人单位及本人要认真填写并签字盖章；

2、用人单位每月10日前持本表和其它相关资料到医保中心审核报销。