

# 武汉市医疗生育保险待遇申请记录单

生育津贴

收件窗口:

收件人:

收件时间:

险种: 职保  居保  生育  离休  伤残

代办人需填写

参保人信息	姓名	王××	身份证号	420××××××	参保人联系电话	136×××××
生育报销填写	配偶姓名	张××	配偶身份证号	420××××××	配偶联系电话	133×××××
代办人信息	姓名	李××	身份证号	420××××××	联系电话	130×××××
生育信息 (生育待遇申报填写)	生育类别	<input type="checkbox"/> 顺产 <input type="checkbox"/> 助娩产 <input type="checkbox"/> 剖宫产 <b>← 据实勾选</b> <input type="checkbox"/> 流、引产 <input type="checkbox"/> 计生手术		计生手术类别	<input type="checkbox"/> 放置(取出)宫内节育器 <input type="checkbox"/> (取出)皮下埋植术 <input type="checkbox"/> 输卵管结扎术 <input type="checkbox"/> 输精管结扎术	
	生育状况	<input type="checkbox"/> 生育一孩 <input type="checkbox"/> 生育二孩 <b>← 据实勾选</b> <input type="checkbox"/> 生育三孩		流(引)产妊娠周数	××周+×	一胞胎数 <b>单/双</b>
就医信息	住院总费用	××××	就诊医院	×××医院		住院时间、生育(流、引产)时间 <b>×年×月×日</b>
附报资料信息	发票金额 <b>↑</b> 附报资料名称			职保	居保	生育 医疗 津贴
	医保电子凭证(或有效身份证件、社会保障卡)			√	√	√ √
	医院收费票据及费用清单原件			√	√	√ √
	病历资料。备注: 1、使用限制类药品的, 需提供相关医学检查结果等材料, 涉及部分(三定管理范围内)双通道药品的, 须提供双通道药品申请(评估)表; 2、外购药品的, 需提供外购发票和处方; 3、急诊或进行了特殊治疗的, 需提供急诊诊断证明(病历)或相关治疗单; 4、使用体内植入材料的, 需提供材料产地证明(进口或国产); 5、未提前办理转诊转院手续的, 需附报个人就诊情况说明。			√	√	√ √
报销费用划拨方式	<input type="checkbox"/> 参保人社保卡金融账户					
	<input type="checkbox"/> 个人银行借记卡、存折(I类账户)	开户人名称:		开户银行名称(归属城市)		
		银行卡或存折账号:				
	<input type="checkbox"/> 单位代发	开户名称:	××××××	开户银行名称	××银行××支行	
		单位银行账号:	××××××			
单位账号章(盖章)	单位公章 <b>○</b>					
承诺	孩子出生日期 <b>←</b> 据实填写 <b>←</b> 本人及配偶郑重承诺: 本次申请××年×月×日分娩的生育(护理假)津贴, 所孕为本人家庭第×个子女, 符合《中华人民共和国人口与计划生育条例》和省、市计划生育规定。如承诺不实造成生育保险基金损失, 由本人及配偶承担一切赔偿责任和法律后果。 承诺人签名: 王××(承诺人手写签字) ××年×月×日 <b>← 当天时间</b>					
	本单位/个人承诺所提供的报销材料真实合法, 如有伪造或以任何方式欺诈骗取医疗生育保险待遇的, 愿意承担一切后果。 承诺单位/人(代办人)签名 王××(代办人手写签字) ××年×月×日 <b>← 当天时间</b>					
生育津贴申报单位审核意见	经办人签名: 王××(经办人手写签字) ××年×月×日 <b>← 当天时间</b> 单位名称: ××××××					

温馨提示: 本记录单由经办人员填报, 申请人核实相关信息并完成承诺。申请人在提供报销资料前, 请先自留发票、费用清单及出院小结等相关资料复印件, 以备日后使用。