附件1

**江门市职工生育保险就医确认申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身份证号码（个人参保号） |  | 姓 名 |  | 年龄 |  |
| 联系电话 |  | 单位名称 |  |
| 预产期 |  | 办理时怀孕周数 |  |
| 领取失业保险金或退休 | □领取失业保险金 □退休 |
| 选择产前检查、分娩或终止妊娠定点医疗机构名称 |  |
| 以上内容填写真实，若填写内容与实际情况不相符，本人愿承担相关法律责任。享受待遇人员签名：  年 月 日 |
| **以下由生育保险定点医疗机构**（**医保经办机构**）**填写** |
| 就医确认凭证编号 |  （确认机构盖章） | 办理日期 |  |
|  经办人 |  |  复核人 |  |

说明：1.参加生育保险累计缴费满1年的职工，提供以下资料到选定的医疗机构办理生育保险就医确认手续：

（1）江门市职工生育保险就医确认申请表；符合计划生育规定的书面告知承诺（计划生育情况可通过联网信息共享查询的不用提供）。

（2）符合条件的失业人员、退休人员须按上述规定申请办理就医确认手续，还需分别提供失业、退休书面告知承诺（可通过联网信息共享查询的不用提供）。

2.职工选定定点医疗机构后，孕期内一般不得变更，但因医疗条件限制、住所变化等特殊事由，确需变更产前检查和分娩医疗机构的，应当持经原定点医疗机构盖章确认的《就医确认申请表》和变更事由的相关材料（医疗条件限制需提供医疗机构情况说明，住所变化需提供户口簿、不动产权证、购房合同或租赁合同等）向参保属地经办机构申请办理变更手续并填写新的《就医确认申请表》。

3.此表一式2份，职工和定点医疗机构（医保经办机构）各存一份, 规格为A4纸，请填写后打印，或用黑色水笔，中文正楷填写。