附件4

**江门市职工未就业配偶生育保险就医确认申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身份证号码  （个人参保号） |  | | 参保职工姓名 |  | | 年龄 |  |
| 联系电话 |  | | 单位名称 |  | | | |
| 配偶姓名 |  | | 配偶身份证号码 |  | | | |
| 配偶年龄 |  | | 配偶电话 |  | | | |
| 预产期 |  | | | 办理时怀孕周数 | |  | |
| 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，其未就业配偶提供以下资料到参保属地医保经办机构办理生育保险就医确认手续：

《江门市职工未就业配偶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）；结婚证（结婚证可通过联网信息共享查询的不用提供）；职工未就业配偶的失业或未就业的书面告知承诺；

2.职工未就业配偶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》和变更事由的相关凭证（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）向参保属地医保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，职工未就业配偶和定点医疗机构（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。