附件5

**江门市职工生育保险生育津贴待遇申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身份证号码（个人参保号） |   | 姓 名 |  | 年龄 |  |
| 单位名称 |  | 联系电话 |  |
| 人员类别 | * 境内参保职工（ □非财政统发工资人员 □财政统发工资人员）
* 境外参保职工（外国人、港澳台人员）
 |
| 划入方式 | * 社会保障卡
* 银行账户
 | 开户名 |  |
| 银行账号 |  |
| 开户银行 |  |
| **生****育****津****贴****待****遇****申****领****类****别** | **女职工产假** | □ 顺产（98天）□ 多胞胎（每生多1个增加15天）□ 难产（98天+30天=128天） | 胎儿数 | 分娩日期 |
|  个 | 年 月 日 |
| 计划生育服务证号码 | 计划生育服务证发证机关 | 签发日期 |
|  |  | 年 月 日 |
| 生育医学证明号码 | 出具医学证明医疗机构 | 签发日期 |
|  |  | 年 月 日 |
| □ 怀孕未满4个月终止妊娠的（30天）□ 怀孕4个月以上7个月以下终止妊娠的（42天）□ 怀孕满7个月终止妊娠的（75天） | 医疗机构名称 | 手术日期 |
|  |  年 月 日 |
| **计划生育手术休假** | □ 取出宫内节育器（1天）□ 放置宫内节育器（2天）□ 施行输卵管结扎（21天）□ 施行输精管结扎（7天）□ 施行输卵管或者输精管复通手术（14天） | 医疗机构名称 | 手术日期 |
|  |  年 月 日 |
|  本人生育保险有效缴费月数累计已达12个月，现按相关规定申领生育保险生育津贴待遇。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。 申领人（代理人）签字： 年 月 日 |
| 用人单位意见：该职工产假或计划生育休假开始日期： 年 月 日是否已垫付生育津贴（视同休假期间工资）：□ 是 已垫付生育津贴 天□ 否同意将生育津贴划入：□ 职工个人账户 □ 单位账户 □ 财政国库账户（用人单位盖章）年 月 日 |
| **以下由医保经办机构填写** |
| 办理意见 | 经办人： （办理机构盖章） 年 月 日 |

说明：1.本表一式两份，规格为A4纸，请填写后双面打印，或用黑色水笔，中文正楷填写；请于相应“□”内打“√”或涂黑。

 2.用人单位已垫付生育津贴的，表格中划入方式请填写用人单位开户名、银行账号和开户银行。

3.职工属于财政统发工资人员的，生育津贴划回财政国库账户，用于冲减相应的统发工资支出。