广州市职工生育保险待遇申请表

单位名称：（盖章） 单位编号：

|  |
| --- |
| **个人基本信息** |
| 姓名 |  | 个人社保编号 |  |
| 性别 |  | 身份证号 |  |
| **个人申报信息** |
| 是否本市户籍 | □是 □否 | 是否已在我市办理生育保险就医凭证或结算生育医疗费用 | □是 □否 |
| 因何情形而申领生育保险待遇 | 生育：生产日期 年 月 日□顺产 □难产（剖腹产、会阴Ⅲ度破裂）□吸引产、钳产、臀位牵引产 □生育多胞胎（分娩婴儿个数 ）  |
| 流产：流产日期 年 月 日□怀孕2个月以下流产 □怀孕2个月以上（含2个月）4个月以下流产□怀孕4个月以上（含4个月）7个月以下流产□怀孕满7个月以上发生死胎、死产和早产不成活 |
| 施行计划生育手术：手术日期 年 月 日□取出宫内节育器 □放置宫内节育器 □实施输卵管结扎 □实施输精管结扎 □实施输卵管或者实施输精管复通 |
| 1、本人承诺以上内容填写真实，如发生与上述承诺不符问题，本人将承担由此引起的全部经济和法律责任。2、本人同意授权广州市社会保险经办机构向税务部门获取本人的工资薪金所得个人所得税申报、缴纳情况。 申请人签名： 日期： |

温馨提示：

 “因何情形而申领生育保险待遇”应根据实际填报，如产妇因生育而导致死亡的，需在生产日

期后注明死亡时间。如属于外国（境）籍人员的，应在相应日期后注明婚姻状况。

 单位经办人： 申请日期：