**武汉市医疗生育保险报销申报表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参保人信息 | 姓名 | **张三** | 身份证号 | 420625123456781234 | 参保人联系电话 | 13xxxxxxx |
| 生育报销填写 | 配偶姓名 | 李四 | 配偶 身份证号 | **420625123456781234** | 配偶 联系电话 | **13xxxxxxx** |
| 代办人信息 | 姓名 |  | 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 生育信息 | 生育类别 | 口顺产□助娩产□剖宫产 口流、引产□计生手术勾选 | 计生手术 类别 | 口放置（取出）宫内节育器口（取 出）皮下埋植术口输卵管复通术 口输精管复通术 | 享受津贴天数 |  |
| 生育状况 | 口生育一孩□生育二孩 口生育二孩以上勾选 | 流（引）产妊娠周数 | **据实填写** | 一胞胎数 | **据实填写** |
| 就医信息 | 住院总费用 | 据实填写 | 就诊医院 | 据实填写 | 住院时间、生育（流、 引产）时间 | 据实填写 |
| 附报资料 信息 | 附报资料名称 | 职保 | 居保 | 生育 医疗 | 生育津贴 | 离休 | 伤残 |
| 1、原件：发票和医疗费用清单，附情况说明复印件：门诊（急诊）病历、CT、B超、心电图等检査报告、社保卡（大学生提供身份、未成年提供户口簿）、出院小结、病案首页、临时医嘱、长期医嘱、手术记录、麻醉记录（手术患者附报） | √ | √ | √ |  | √ | √ |
| 2、生育分娩及住院流引产人员提供出院小结或出院记录复印件；门诊流产人员提供门诊病历或诊断证明书复印件；前期未办理生育就医登记人员提交：结婚证复印件 |  |  |  | √ |  |  |
| 3、转院审批表（已办理转诊转院审批的） | √ | √ | √ |  | √ | √ |
| 4、代办人或监护人身份证复印件 | √ | √ | √ |  | √ | √ |
| 报销费用 划拨方式 | □参保人社保卡金融账户 |
| √个人银行借记卡、存折（I 类账户） | 开户人名称 | 本人 | 开户银行 名称 | 据实填写 |
| 银行卡或存折 账号 | 据实填写 |
| 口单位代发 | 开户名称 |  | 开户银行名称 |  |
| 单位银行账号 |  |
| 单位账号章（盖章） |  |
| 承诺 | 本人及配偶郑重承诺：本次申请xx年xx月xx日分娩的生育（护理假）津贴，所孕为本人家庭第 x 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：张三 xx年 xx月 xx 日 |
| 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： 年 月 日 |
| 生育津贴申报单位审核意见 | 经办人签名： 年 月 日 单位盖单： |

参保单位名称： 险种：职保口居保口生育口离休口伤残口

 受理人： 受理时间:

温馨提示：参保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。