湖南省生育津贴（一次性生育补助金）申领表

申报单位：（盖章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位医保代码 | 4399\*\*\*\*0099 | 单位名称 | | 湖南生物机电职业技术学院 | | | | | | | | |
| 申领人姓名 |  | 申 领 人身份证号码 | |  | | | | 参保时间 | | |  | |
| 配偶姓名 |  | 配 偶 身份证号码 | |  | | | | 单位平均缴费工资 | | | 元/月 | |
| 经办人姓名 | 杨杨 | 经 办 人身份证号码 | | 430702\*\*\*\*\*\*\*\*0027 | | | | 经 办 人联系电话 | | | 0731-84637037 | |
| 分娩或中止妊娠时间 |  | 胎次或终止妊娠序次 | |  | | | | 是否难产 | | |  | |
| 产假日期 | 年 月 日 | | 至 | 年 | 月 日 | |  | 法定产假天数 | | |  | |
| **申领生育津贴单位承诺：**在职工法定产假期间，我单位已停发该职工工资，变更为领取生育津贴，生 育津贴低于工资的，由我单位补差。  经办人：  20 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| **申领一次性生育补助金承诺：**本人生育医疗费用未在其它任何保险报销，发票原件仅用于申领一次性 生育补助金。  承诺人：  20 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| **相关材料审核** | | | | | | | | | | | | |
| 材料名称 | | | | | | 审核结果 | | | 经办机构经办人员审核签字 |  | 月 | 日 |
| （1）生育（服务）证（复印件） | | | | | |  | | |
| （2）婴儿出生证（含多胎）或婴儿死亡证（复印件） | | | | | |  | | |
| （3）难产医学证明或住院医疗费用医保结算单(原件) | | | | | |  | | | 经办机构待遇复核签字 |  |  |  |
| （4）终止妊娠的医学证明(原件) | | | | | |  | | |  |  |  |
| （5）失业女职工，由失业保险经办机构出具的失业证（复 | | | | | |  | | |  | 月 | 日 |
| 印件） | | | | | |  |  |  |
| （6）医院出据的费用发票(原件) | | | | | |  | | | 备注 |  | | |

注：1、正常生育提供（1）、（2）项材料，有难产的加（3）项材料；

2、终止妊娠提供（1）（4）项材料；

3、失业女职工填（1）、（2）、（5）项材料；

4、男职工填（1）、（2）、（6）项材料；

5、所有复印件需加盖单位公章