附件

**湖南省本级生育津贴（一次性生育补助金）待遇申领承诺书**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位医保代码 | 439900030099 | 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 |  | 申领人联系电话 |  |
| 配偶姓名 |  | 配偶身份证号码 |  | 发票号码 |  |
| 经办人姓名 |  | 经办人身份证号码 |  | 经办人联系电话 |  |
| 分娩或中止妊娠时间 |  | 胎次或终止妊娠序次 |  | 是否难产 |  |
| 生育服务 证号 |  | 生育证发证时间 |  | 生育证发证部门 |  |
| 妊娠周数 |  | 出生医学 证明编号 |  | 此次生育胎儿数 |  |
| 法定产假日期 | 2021年 月 日 至 2021年 月 日 | 法定产假天数 |  |
| **申领人承诺：**我已阅读《湖南省本级生育保险待遇申领承诺告知事项》，详尽知晓有关省本级生育保险待遇申领告知承诺事项和法律责任的内容。在此，我承诺：本人符合生育保险待遇申领办理第 项的情况，承诺文书中填写的信息真实、准确 ，所需证件（资料）均为本次生育合法取得，符合法定生育条件。若申领一次性生育补助金的，本人承诺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。如有不实承诺，本人愿承担相应法律责任和带来的不良后果。 申领人（承诺人）： 承诺日期： |
| **参保单位承诺：**我单位已阅读《湖南省本级生育保险待遇申领承诺告知事项》，详尽知晓有关省本级生育保险待遇申领告知承诺事项和法律责任的内容。在职工法定产假期间，我单位已停发 同志工资，变更为领取生育津贴，如生育津贴低于职工本人工资的，由我单位补差。如有不实承诺，本单位愿承担相应法律责任和带来的不良后果。经办人（签名）： 申领单位（盖章） 承诺日期： |

**湖南省本级生育保险待遇申领承诺告知事项**

省本级生育保险待遇申领相关承诺人：

您现在正在办理生育保险待遇申领业务。根据相关规定，我中心现将有关承诺事项和政策告知如下：

一、根据《湖南省人民政府关于修改<湖南省城镇职工生育保险办法>的决定》（湖南省人民政府令第294号）的第十五条规定，（1）卫生健康行政部门出具的符合法定生育条件的证明；（2）本人的身份证；（3）出生医学证明或胎儿死亡证明；（4）是失业妇女的，提交经失业保险经办机构审核的失业证；（5）难产医学证明；（6）终止妊娠的医学证明。

第一项：符合正常生育的，能够提供（1）、（2）、（3）项材料；

第二项：符合难产的，能够提供（1）、（2）、（3）、（5）项材料；

第三项：符合终止妊娠的，能够提供（1）、（2）、（6）项材料；

第四项：符合失业女职工的，能够提供（1）、（2）、（3）、（4）项材料；

第五项：男职工申领一次性生育补助金的，能够提供（1）、（2）、（3）项材料，并承诺配偶未参加生育保险。

二、根据《湖南省人民政府关于修改<湖南省城镇职工生育保险办法>的决定》（湖南省人民政府令第294号）第十条规定，用人单位的女职工在职期间生育和终止妊娠，在规定产假时间内，由发放工资变更为享受生育津贴。

三、不实承诺的法律责任：依据《湖南省人民政府关于修改<湖南省城镇职工生育保险办法>的决定》（湖南省人民政府令第294号）第十五条、第二十条规定，任何人不得提供虚假材料冒领或者多领生育津贴、一次性生育补助金。用人单位、协议医疗机构等单位或者参保人员，以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取生育保险基金支出或者待遇的，由医疗保障行政部门责令退回，依照《中华人民共和国社会保险法》有关规定处骗取金额2倍以上5倍以下的罚款。医保经办机构依据相关规定，有权依法对承诺人承诺的相关事项进行核查，承诺人应予以配合。

湖南省医疗生育保险服务中心