**廊坊市城镇职工生育津贴申报表**

申报单位：（盖章）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 参保人姓名 |  | 身份证号 |  |
| 单位开户行名称 |  | 银行账号 |  |
| 享受津贴起始时间 | 月 日至 月 日 | 入院日期 |  |
| 出院日期 |  |
| 生育津贴类别 | □放置、取出宫内节育器 □放置、取出皮下埋植剂 □ 输卵管结扎术 □不满4个月终止妊娠 □满4个月及以上终止妊娠 □生育（□顺产、□难产、 □剖宫产 ）□多胞胎（□二胎、□三胎、□四胎）（在所选类型前□内划√） |
| 享受津贴天数 |  | 计发标准（元/日） |  | 核定津贴总额（元） |  |

填报人： 联系电话： 单位负责人：

 填报日期： 年 月 日

备注：1、提交此表时应携带相关证明材料：诊断证明书、生育登记证（卡）复印件、住院病历复印件复印件）。

2、此表由职工所在单位填写，单位审查盖章确认。

3、此表可通过网上自行下载打印。（下载地址：“廊坊医保”微信公众号或“廊坊智慧医保”网站）