**江阴市女职工异地生育申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 工作单位 |  | | |
| 身份证号 |  | | 社保编号 |  | 户口所在地 |  |
| 配偶姓名 |  | | 工作单位 |  | | |
| 申请异地生育理由：  本人签字： | | | | | | |
| 本单位意见：  经办人（盖章）：  年 月 日 | | | | | | |
| 申请异地生育  医疗机构名称 | |  | | | | |
| 江阴市医保经办机构意见：  经办人（盖章）：  年 月 日 | | | | | | |

**说明：1、本表须生育前申请，批准后由申请人妥善保存，作为报销生育医疗费的凭证。**

**2、异地生育应在当地医保定点医院生育。**

**3、生育后6个月以内办理报销。报销时填写《江阴市职工生育待遇申报表》。**