|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **盱眙县职工生育待遇申请表** | | | | | | |
| **单位名称： 单位代码：** | | | | | | |
| **个人社会 保险编号** |  | | **姓 名** |  | **性 别** |  |
| **身份证 号 码** |  | | **出生年月** |  | | |
| **生育类型** |  | | **生育时间** |  | | |
| **接产医院** |  | | | | | |
| **证件号码** | **《准生证》号码** | | **《婴儿出生证》号码** | | | |
|  | |  | | | |
| **配偶情况** | **姓 名** | **出生年月** | **工作单位** | | **社会保险编号** | |
|  |  |  | |  | |
| **申报单位意见** |  | | **生育职工及配偶签名** | **签名：** | | |
|  |  |
| **签名（盖章）：** | |
| **年 月 日** | | **年 月 日** | | |
|
| **填表说明：个人社会保险编号必须填写准确；表格填写清楚完整、单位盖章确认后报送县医保中心。** | | | | | | |
|
|