广元市生育保险待遇审核表

申报单位名称(签章)： 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参保职工姓名 |  | 性别 |  | | 年龄 |  | 身份证号码 | |  |
| 就诊医疗机构名称 |  | | | | | | | | |
| 胎儿数量 | 胎 | 医疗费金额 | | | 元 | | 终止妊娠时间 | |  |
| 申报待遇项目 | 产前检查费口 (计划)生育医疗费□ 生育津贴□ | | | | | | | | |
| 参保人银行账户 |  | | | 开户行 | | | |  | |
| 医疗费用审核  (医保部门填写) | 甲类费用（含乙类药品）： | | | | | | 甲类超限价自付费用： | | |
| 乙类费用： | | | | | | 乙类超限价自付费用： | | |
| 自费： | | | | | | 审核时间： | | |
| 初审： | | | | 复审： | | | | 分管领导： |

单位经办人： 联系电话： 职工本人： 联系电话：

备注及填报须知：

1.参保人银行账户为本人社保卡银行账户；

2.报销产前检查费、(计划)生育医疗费所需资料：定点医院医院收费票据原件、费用清单原件、诊断证明/出院记录原件；

3.报销生育津贴所需资料：诊断证明/出院记录；

4.申报待遇项目请在“口”内打“√”；