|  |
| --- |
| 附件3 |
|  柳州市职工生育待遇审核表 |
| 参保单位名称： |  |  | 单位编号： |  |
| 个人编号 | 　 | 参保人姓名 | 　 | 分娩或手术日期 |  年 月 日 |
| 《计划生育服务手册》编号 | 　 | 　 | 　 | 参保人性别 | 　 |
| 申请待遇项目 | □顺产 □难产 □男职工配偶 □其他  |
| 参保男职工配偶姓名 | 　 | 参保男职工配偶身份证号码 | 　 |
| 申请单位意见 | 　 | 　 | 　 | 　 | （盖章） |
| 经办人： | 　 | 联系电话： | 　 | 年 月 日 |
| 单位户名： |  |  |  | 　 |
| 开户行： |  |  |  | 　 |
| 单位账号： | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 以上信息由参保单位经办人逐项据实填写 |
| 社保经办机构审核意见 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  |  |  |  | 　 |
|  |  |  |  | 　 |
|  |  |  |  | 　 |
|  |  |  |  | 　 |
|  |  |  |  | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 注：1.本表一式一份。1. 参保单位在职职工生育或手术后180天内填报此表并提供相关材料报各县区、城区社 保经办机构或市社保局生育待遇经办柜台审批。

3. 参保单位在职职工生育或手术时已经参保并缴纳职工基本医疗保险270天以上，方可享受生育待遇。 |