

甘肃省省直生育保险异地生育(计划生育)申请表

姓 名		民 族		出生年月	
单位名称				联系电话	
身份证号				医保证号	
生育保健服务证 编 码				生育胎次	第一胎/第二胎/多胎
末次月经	年 月 日			预产期	年 月 日
类 别	1. 省直医保异 地工作人员:	异 地 工 作 地 点	____省 ____市	医保异地工 作备案时间	年 月 日
	2. 需回配偶 工作地或原籍 住院就医人 员:	配 偶 姓 名		工作单位	
		本 人 原 籍		就医项目	1. 分娩 () ; 2. 流(引)产 () ; 3. 上(取)环 () ; 4. 绝育(复通) ()
参保单位 意见	<div style="text-align: right;">(单位盖章)</div> 单位专管员: _____ 负责人: _____ 年 月 日				
省社保局医疗保险 基金处审核意见	<div style="text-align: right;">(盖 章)</div> 经办人: _____ 审批人: _____ 年 月 日				
异地就医 诊疗情况	医院等级			地 址	
	收治科室			联系电话	
	诊疗情况摘要: <div style="text-align: right;">(医院盖章)</div> 经治医师: _____ 年 月 日				

说明: 1. 本表由参保人员于确认宫内妊娠至怀孕 37 周内填报, 同时须提供本人《医疗保险证》和《生育保健服务证》原件及复印件; 回配偶工作地生育或计划生育的, 还须提供配偶单位证明;

2. 本表一式三份, 省社保局医疗保险基金处、参保单位、参保人员交就医医院填写各一份;

3. 参保人员在产假结束后 30 日内将填写了异地就医诊疗情况的本表一份与相关医疗费票据资料等一并提交省社保局医疗保险基金处核报费用。