

兰州市生育保险零星报销登记表

参保个人填写			
参保人	姓名	联系电话	参保人社保卡复印件粘贴处（正面）
配偶	姓名	身份证号	
实施产科生育项目时间 <input type="checkbox"/>			
实施计划生育项目时间 <input type="checkbox"/>			
申请事项			
女职工异地生育医疗费 <input type="checkbox"/>		女职工生育津贴 <input type="checkbox"/>	
女职工异地引产 <input type="checkbox"/>		女职工异地唐氏筛查 <input type="checkbox"/>	
女职工异地取环 <input type="checkbox"/>		女职工异地放环 <input type="checkbox"/>	
男职工护理假津贴 <input type="checkbox"/>		男职工未就业配偶生育医疗费 <input type="checkbox"/>	
申请人（签名）：		申请时间：	
核查情况（参保单位填写）			
参保单位经办信息核查情况及受理意见（盖章）： 实，予以办理			情况属
单位经办人（签名）：苏军霞		单位经办人联系电话：8748026	
单位负责人（签名）：			

说明:1.此表一式一份，由单位经办人提交县区经办机构留存。

2.参保单位意见：对参保人信息核查情况和意见清楚的签署“情况属实，予以办理”，其他需要说明的情况详细注明。

3.此表用于女职工异地生育、女职工生育津贴、女职工产前检查费用、男职工申请护理假津贴和未就业配偶医疗费等其他情况报销使用。