附件2

**自治区本级生育保险医疗服务备案表**

参保单位： 个人社保编号：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 职工姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | |
| 身份证号码 |  | | 生育证号码 | |  | |
| 结婚证编号 | |  | |
| 配偶姓名 |  | 身份证号码 |  | | | |
| 联系电话 |  | 联系地址 |  | | | |
| 生育保险 开始缴费时间 | 年 月 | | 生育保险费 缴至时间 | | | 年 月 |
| 服务项目 |  | | 怀孕开始  检查时间 | | | 年 月 日 |
| 预 计  生育时间 | 年 月 日 | | 计生手术  实施时间 | | | 年 月 日 |
| 拟 选 医疗机构 |  | | 职工本人  签 字 | | |  |
| 参保单位  意 见 | 年 月 日 | | | | | |
| 生育保险 经办机构意见 | 年 月 日 | | | | | |

说明：

1.服务项目是指：生育、计划生育手术。

2.备案材料：《区本级生育保险医疗服务备案表》（2份）、二级及以上定点医院出具的《诊断证明书》原件，《结婚证》、居民身份证和生育服务证的原件及其复印件。

3.男职工备案材料：《区本级生育保险医疗服务备案表》（2份）、二级及以上定点医院出具的《诊断证明书》，《结婚证》、夫妻双方居民身份证和生育服务证的原件及其复印件，《失业证》原件及其复印件或街道办开具的《男职工配偶无劳动收入证明》。