

领取生育保险待遇申请表

职工姓名	身份证		单位名称	
配偶姓名	身份证		单位名称	
职工参保时间	产前上一个月缴费基数			
单位最后一次申报时间				
参保职工本人签字			联系电话	
单位经办人员签字			联系电话	
单位人事部负责人签字				
单位开户户名、单位账号（必填）				
单位开户行、联行号（必填）				
单位意见	单位公章 年 月 日			

险种： 职工（含公补） ☐ 居民 ☐

直接支付参保人员（单位）基本医疗保险医疗待遇信息表

参保人基本信息			
姓名		身份证号	
银行账户信息			
账户全称	账 号	开户行名称	
		联行行号	
银行账户持有人与参保人关系	银行账户持有人身份证号码	联系电话(手机号码)	
本人 ☐ 单位 ☐			

1. 本表银行账户信息由参保人员本人或其监护人、参保单位专管员提供，对其真实性、准确性、合法性负责，由于信息有误造成经济损失或经济纠纷，一切责任由信息提供者承担；2. 未成年人，在校大学生报销医疗费直接转入监护人银行账户上；3. 银行账户必须具备“银联”功能，建议开通信息提示功能；4. 本表银行账户信息系个人隐私，各级经办人员严格依法依规保密，不得泄露；5. 成年参保人员医疗待遇转入本人所属账户，未成年参保人员及在校大学生医疗待遇转入监护人账户，参保人员去世后医疗待遇转入参保单位账户由参保单位支付给法定继承人。两定点医药机构医疗待遇转入单位账户；6. 申请报销医疗费期间银行账户发生变化，及时重新填报本表，否则后果自理；7. “险种”指城镇职工（含公务员补助医疗保险）、城镇居民基本医疗保险；8. 未尽事宜与区医保局联系，联系电话：0891-6861126。

提供日期：20 年 月 日

单位专管员或申请人签字（手印）：

险种： 职工（含公补） ☐ 居民 ☐

直接支付参保人员（单位）基本医疗保险医疗待遇信息表

参保人基本信息			
姓名		身份证号	
银行账户信息			
账户全称	账 号	开户行名称	
		联行行号	
银行账户持有人与参保人关系	银行账户持有人身份证号码	联系电话(手机号码)	
本人 ☐ 单位 ☐			

1. 本表银行账户信息由参保人员本人或其监护人、参保单位专管员提供，对其真实性、准确性、合法性负责，由于信息有误造成经济损失或经济纠纷，一切责任由信息提供者承担；2. 未成年人，在校大学生报销医疗费直接转入监护人银行账户上；3. 银行账户必须具备“银联”功能，建议开通信息提示功能；4. 本表银行账户信息系个人隐私，各级经办人员严格依法依规保密，不得泄露；5. 成年参保人员医疗待遇转入本人所属账户，未成年参保人员及在校大学生医疗待遇转入监护人账户，参保人员去世后医疗待遇转入参保单位账户由参保单位支付给法定继承人。两定点医药机构医疗待遇转入单位账户；6. 申请报销医疗费期间银行账户发生变化，及时重新填报本表，否则后果自理；7. “险种”指城镇职工（含公务员补助医疗保险）、城镇居民基本医疗保险；8. 未尽事宜与区医保局联系，联系电话：0891-6861126。

提供日期：20 年 月 日

单位专管员或申请人签字（手印）：