|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | | | | |
| 申领人姓名 |  | 申 领 人  身份证号码 |  | | 联系电话 | |  |
| 配偶姓名 |  | 配 偶  身份证号码 |  | | 生育时间 | |  |
| 经办人姓名 |  | 经 办 人  身份证号码 |  | | 联系电话 | |  |
| **申领一次性生育补助金个人承诺：**本人（或配偶）生育医疗费用未在其它任何保险报销，发票原件仅用于申领一次性生育补助金。  申领人：  20 年 月 日 | | | | | | | |
| **申领一次性生育补助金单位承诺：**已知晓相关政策，填写内容及相关附件已核对、确认；如有不实承诺，本单位愿承担相应法律责任和带来的不良后果。  经办人（签字）： 单位盖章：  20 年 月 日 | | | | | | | |
| 银行账号 |  | | | | | | |
| 户名 |  | | | | | | |
| 开户行名称 |  | | | | | | |
| **相关材料审核** | | | | | | | |
| 材料名称 | | | | 审核结果 | | 备注 | |
| （1）有效身份证或社保卡 | | | |  | |  | |
| （2）婴儿出生医学证明 | | | |  | |  | |
| （2）医院出据的费用发票（原件或电子发票） | | | |  | |  | |
| （3）诊断证明（门诊）/出院记录（住院） | | | |  | |  | |

湖南省一次性生育补助金申领表