省本级生育保险待遇结算单

|  |
| --- |
| 单位名称（盖章）： 单位：天、元 |
| 参保人姓名 |  | 身份证号 码 |  | 年龄 |  |
| 手术名称 |  | 就医医院 |  | 住院日期 |  |
| 性别 |  | 联系电话 |  | 提交的报销单据 |  |
| 配偶姓名 |  | 配偶身份 证号码 |  | 开户银行 |  |
| 开户名 |  | 银行账号 |  |
| 生育医疗费用审核支付 |
|  | 总费用 | 药品费 | 诊疗费 | 服务设施费 | 个人 自负 | 审核支付 |
| 产前检查费 |  |  |  |  |  |  |
| 终止妊娠医疗费 |  |  |  |  |  |  |
| 生育医疗费 | 正常阴道产 |  |  |  |  |  |  |
| 阴道手术产 |  |  |  |  |  |  |
| 剖宫产 |  |  |  |  |  |  |
| 计划生育医疗费 |  |  |  |  |  |  |
| 生育并发疾病医疗费 |  |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |  |  |
| 生育津贴支付 |
| 类别 | 普通生育 | 晚育 | 多[N]胎生育 | 难产 | 计划生育津贴 | 中止 妊娠 | 男职工津贴 |
| 津贴天数计 算 |  |  |  |  |  |  |  |
| 生育生活津 贴支付额 |  |
| 合计支付金额小写：大写： | 参保职工（或委托人）：（章）年 月 日 | 经办人：（章）部门负责人：（章） 经办机构：（章） 年 月 日 |

备注：1、此表由参保职工（或委托代理人）在生育或终止妊娠后一次性填报以申请费用结算；

2、 增加享受产假天数其中的几种情况并存时可多项选择，应增加天数累加计算；

3、 所有生育待遇审核后将直接划拨至本表中参保人制定的银行账户中，请参保人仔细填写并签字确认。