|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2  湛江市异地就医生育保险登记备案表 | | | | | |
| 参保人姓名 |  | | 身份证号码 |  | |
| 联系电话 |  | | | | |
| 人员类别 | □职工  □职工未就业配偶  □其他： | | 登记类别 | □新增 □变更 | |
| 职工未就业配偶姓名（选填） |  | | 职工未就业配偶身份证号码（选填） |  | |
| 是否符合国家生育政策 | □是 □否 | | 已生育子女 | □无 □1名□2名  □3名□其他\_\_\_\_ | |
| 转往省 （市、区） |  | 地区 (市、州) |  | 县（区） |  |
| 产前检查  选定医院 |  | | | | |
| 备案时间 | □1.计划生育 预计日期： \_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日  □2.产前检查 预计日期： \_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日  □3.生育 预产期： \_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 | | | | |
| □本人 □被委托人  签名 |  | | 填表日期 |  | |

备注：1.办理生育异地就医备案人员，其基本医疗保险同步备

案至就医所在地。

2.备案有效期为成功备案之日起，至所填备案时间的第30日止。

3.本人承诺上述事项属实。

经办机构： 联系电话： 经办人： 经办日期：