瑞安市职工生育保险待遇补发申报表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 现单位编号 |  | | | | 现单位名称 |  |
| 原单位编号 |  | | | | 原单位名称 |  |
| 人员编号 |  | | | | 身份证号 |  |
| 职工姓名 |  | | | | 联系电话 |  |
| 生育时间 |  | | | | 单位变动时间 |  |
| 生育类别（选项内打√）：  妊娠大于等于7个月生产、小于7个月早产 （ ）  助娩产（ ）  剖宫产（ ） | | | | | | |
| 申请需提供材料： | | | 单位申请需身份证复印件，个人申请需身份证原件 | | | |
| 收款账户（选项内打√）： 单位 □ 个人□（单位已知晓并同意将一个月的生育奖励津贴汇入个人账户） | | | | | | |
| 收款户名 | |  | | | | |
| 开户银行 | |  | | | | |
| 银行帐号 | |  | | | | |
| 申请人**（签名）**：  年 月 日 | | | | **用人单位意见：**  单位法人（**签名并盖公章）**：  年 月 日 | | |

**提示：**

1. **本表用于补发生育时间为2016.01.01—2018.07.15且所辖社保经办机构已核发过生育待遇人员的奖励假津贴。**
2. **在岗在保的企业员工由参保人申请，单位汇总后统一申报，而与原单位脱离劳动关系参保人，允许以个人名义进行申请，但需原单位确认后，才可以申报。**
3. **机关事业单位职工产假期间已由单位发放工资，故不享受补发生育津贴待遇。**
4. **本表一式一份。**

瑞安市职工生育保险待遇补发汇总表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位编号 |  | 单位名称 |  |
| 补发人数 |  | 津贴总额（元） |  |
| **用人单位意见：**  经办人**（用人单位签名并盖公章）**：  年 月 日 | | | |