

表7：广东省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	<input type="checkbox"/> 职工 <input type="checkbox"/> 职工未就业配偶 <input type="checkbox"/> 其他：	登记类别	<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	已生育子女	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 1名 <input type="checkbox"/> 2名 <input type="checkbox"/> 3名 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1.计划生育 <input type="checkbox"/> 2.产前检查 <input type="checkbox"/> 3.生育	预计日期：____年____月____日 预计日期：____年____月____日 预产期：____年____月____日	
<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 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，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：