

产前检查定点医疗机构选定表

参保人姓名		联系人与 联系电话	
身份证号码		预产期及办 理时孕周	
男职工未就业配偶信息（不属未就业配偶的无需填写）			
姓名		身份证号码	
<input type="checkbox"/> 本人及配偶承诺，女方在本市及市外均未就业，且未参加职工基本医疗保险或者城乡居民基本医疗保险并享受相关待遇。			
本次选定产前检查医疗机构为： <input type="checkbox"/> 初次申请 <input type="checkbox"/> 变更			
选定医疗机构			
产检选定 医疗机构		产检选定医疗 机构所在城市	
个人承诺			
<p>本人已知悉填报须知内容，同意申报，并授权经办机构通过信息共享方式查询本单位/个人与办理生育业务相关的信息，承诺所提供材料与信息均真实完整合法，符合业务办理条件。</p> <p>温馨提示：以虚构劳动关系、伪造证明材料或者其他手段骗取社会保险待遇的，属于刑法第二百六十六条规定的诈骗公私财物的行为，将依法追究刑事责任。</p> <p>本人签名：_____ 填报日期：_____</p>			