

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：

