|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **附件10： 南昌市城乡居民基本医疗保险生育补助审批表（大学生）** | | | | | | | | | |
| 单位名称（ 盖章 ） |  | | | | | 单位编号 |  | 类 别 |  |
| 开户行 |  | | | | | 开户行帐号 |  | | |
| 参保人姓名 |  | | | | | 年 龄 | IMG_256 | 个人编号 |  |
| 身份证号 |  | | | | | 联系电话 |  | | |
| 联系地址 |  | | | 婚姻状况 | |  | | 生育时间 |  |
| 住院地 |  | | | 本次生育情况 | | | （ ）顺产 （ ）剖腹产 （ ）其它：\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 生育补助金额 | 人民币 | | （大写）： 万 仟 佰 拾 元 角 分 | | | | | | |
| （小写）： 元 | | | | | | |
| 审 核 意 见： | | | | | | | | | |
| 参保单位经办人签字： | | 业务科经办人签字： | | | 业务科负责人签字： | | | 业务科分管处领导签字： | |
|  | |  | | |  | | |  | |
|
| 年 月 日 | | 年 月 日 | | | 年 月 日 | | | 年 月 日 | |
| 说明： 1、本表用于办理参保大学生生育补助审批手续（报销最高限额：单胎顺产1000元，多胎顺产1500元，单胎剖腹产2000元，多胎剖腹产2500元）； | | | | | | | | | |
| 2、类别指大学生； | | | | | | | | | |
| 3、办理时应提供参保人身份证复印件、学生证复印件、住院发票、费用明细汇总、出院小结、计划生育证明（由学校、当地居委会、计生委开具）； | | | | | | | | | |
| 4、本表一式四联，参保单位、参保人、医保业务科、医保财务科各存一联； | | | | | | | | | |
| 5、本表每月25日前报市医保经办部门审批。 | | | | | | | | | |