

# 大连市男职工 未就业配偶享受生育医疗费用申请表

填报日期                      年    月    日

姓 名		社保编号		身份证号	
单位编号		单位名称			
配偶姓名		生育日期		身份证号	
<b>男职工单位证明：</b> （核实男职工配偶是否就业）  联系人：                      联系电话： 年    月    日（盖章）			<b>男职工单位属委托人事代理单位证明：</b> （核实男职工配偶是否就业）  联系人：                      联系电话： 年    月    日（盖章）		
<b>男职工配偶户口所在的街道办事处或乡镇人民政府证明：</b> （核实男职工配偶是否就业）  联系人：                      联系电话：                      年    月    日（盖章）					
<b>男职工配偶（非农户）户口所在地的生育保险经办机构证明：</b> （核实是否参加生育保险）  联系人：                      联系电话： 年    月    日（盖章）			<b>男职工配偶（农户）户口所在地的新农合经办机构证明：</b> （核实是否参加新型农村合作医疗保险）  联系人：                      联系电话： 年    月    日（盖章）		

- 注：1. 本表一式二份，单位留存一份。  
 2. 男职工属于委托人事代理，需同时加盖本人工作单位和人事代理单位的印章。