附录B

“新生儿出生”套餐服务申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请人 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号码 |  | | |
| 基础事项 | □出生医学证明签发 | | |
| 情形事项 | □预防接种证办理 | | |
| □户口登记-出生登记 | | |
| □城乡居民参保登记（基本医疗保险） | | |
| □社会保障卡申领 | | |
| 申请人（签章）：  日期： | | | |

《出生医学证明》首次签发登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 分 娩 信 息 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 产妇姓名 | |  | | | | 住院病历号 | | | |  | | | | | |
| 新生儿性别 | |  | | | | 出生日期 | | | | 年     月     日    时   分 | | | | | |
| 出生孕周 | | 周 | | 出生体重 | | | 克 | | | | 出生身长 | | | | 厘米 |
| 出生地点 | | 省（区、市）      市        县（区） | | | | | | | | | 医疗机构名称 | | | |  |
| 以上内容由接生人员填写，请核对正确无误后签字确认。  接生人员签字：                                   填表日期：     年    月    日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| **新生儿姓名及其父母相关信息** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 新生儿姓名 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 母  亲  信  息 | 姓名 | |  | | | | | 年龄 | | | |  | | | |
| 国籍 | |  | | | | | 民族 | | | |  | | | |
| 户籍地址 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 有效身份证件类别 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 有效身份证件号码 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 父  亲  信  息 | 姓名 | |  | | | | | | 年龄 | | | |  | | |
| 国籍 | |  | | | | | | 民族 | | | |  | | |
| 户籍地址 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 有效身份证件类别 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 有效身份证件号码 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 领  证  人 | 姓名 | |  | | | | 与新生儿关系 | | | | | | |  | |
| 有效身份证件类别 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 有效身份证件号码 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 以上内容由领证人填写，请核对正确无误后签字确认，并承担相应法律责任。《出生医学证明》一经签发，证件上的各项信息原则上不应变更。  领证人签字、捺印：                                    填表日期：     年    月    日 | | | | | | | | | | | | | | | |

注:1.在首次签发登记表背面粘贴《出生医学证明》存根、新生儿父母有效身份证件复印件等材料。

2.表中的分娩信息和新生儿姓名及其父母相关信息分别由接生人员和领证人填写，所有项目要字迹清楚。若出现涂改，相应内容须由接生人员或领证人签字确认。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 公民申报出生登记申请表 | | | | | | |
| 申报出生人员情况 | 姓名 |  | 性别 |  | 出生日期 |  |
| 民族 |  | 血型 |  | 籍贯 |  |
| □随父登记户口 □随母登记户口 | | | | | |
| 出生证 编号 |  | | 与户主关系 | |  |
| 落户地址 |  | | | | |
| 出生人员父亲情况 | 姓名 |  | 身份证号码 | |  | |
| 籍贯 |  | 民族 | |  |  |
| 婚姻状况 |  | 联系方式 | |  | |
| 户籍 所在地 |  | | | | |
| 出生人员母亲情况 | 姓名 |  | 身份证号码 | |  | |
| 籍贯 |  | 民族 | |  | |
| 婚姻状况 |  | 联系方式 | |  | |
| 户籍 所在地 |  | | | | |
| 单位意见 （迁入个人家庭户或社区集体户，此项不填写） | 同意\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_户口登记在本单位集体户内。      单位户管员签名并加盖单位公章: 日期: | | | | | |
| 本人承诺以上申报内容及所提交的申报材料真实有效，如有任何虚假，由本人自行承担一切法律责任及后果。     出生人员法定监护人签名： 日期： | | | | | | |
| 注：新生儿父母（养父母或其他监护人）民族成分不相同的还需填写《民族成分填报申请书》。 | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **民族成份填报申请书** | | | | | | | | 入户人姓名 | |  | 性别 |  | 出生日期 |  | | 入户人 □父亲姓名 □养父姓名 □其他监护人姓名 | |  | 民族 |  | 身份证号码 |  | | 入户人 □母亲姓名 □养母姓名 □其他监护人姓名 | |  | 民族 |  | 身份证号码 |  | | 申报入户人民族 | |  | | | | | | 入户地址 | |  | | | | | | 入户人父亲或养父或其他监护人签名 | | 年 月 日 | | | | | | 入户人母亲或养母或其他监护人签名 | | 年 月 日 | | | | | | **备注：入户人父母(养父母或其他监护人)民族成份不相同的，需双方当场填写此表。** | | | | | | | |

申请表

城乡居民基本医疗保险参保登记表

登记日期: 年 月 日

**申请办理 ：□新参保： □续保：**

参保社区（村委）（参保单位变更的请填写变更后的单位）：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 | |  | |
| 证件类型 |  | 证件号码 | |  | |
| 联系电话 |  | 户籍所在地 | |  | |
| 参保地 |  | 家庭住址 | |  | |
| 人员类别（在相应的选项后面打“√”） | 普通人员 |  | | 低保人员 |  |
| 特困人员 |  | | 孤儿 |  |
| 事实无抚养儿童 |  | | 低收入家庭60周岁以上的老年人和未成年人 |  |
| 低收入家庭18-60周岁成员 |  | | 城镇重度残疾人 |  |
| 农村非重度残疾人 |  | | 农村一二残疾人（重度） |  |
| 返贫致贫人口 |  | | 脱贫不稳定人口 |  |
| 农村落实计划生育政策的独生子女户和双女结扎户的父母及其子女、计生特殊家庭等 |  | 城镇三四级残疾人 | |  |
|  |  | | | | |

申请人签名:

填表说明： 1.此表仅由医保经办机构各留存。

2. 特殊人员类别身份认定以相关部门出具的名单为准。