附表2

嘉禾县医疗保险补贴申报表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 男方基本情况 | | | | | | | 女方基本情况 | | | |
| 姓名 |  | | 民族 |  | | | 姓名 |  | 民族 |  |
| 联系电话 |  | | 出生  日期 |  | | | 联系电话 |  | 出生  日期 |  |
| 身份证号 |  | | | | | | 身份证号 |  | | |
| 户籍所在地地址 |  | | | | | | 户籍所在地地址 |  | | |
| 现居住地  地址 |  | | | | | | 现居住地  地址 |  | | |
| 夫妻婚姻  状况 | □双方初婚 □男初婚女再婚  □男再婚女初婚 □双方再婚  □复婚 □其它 | | | | | | 结婚日期 | 年 月 日 | | |
| 结婚证号 |  | | |
| 生育登记回执号 |  | | | | | | 出生医学证编号 |  | | |
| 夫妻共同生育子女情况(不含收养的子女) | 孩次 | 姓名 | | | 性别 | | 出生日期 | 身份证号 | | |
|  |  | | |  | |  |  | | |
|  |  | | |  | |  |  | | |
|  |  | | |  | |  |  | | |
|  |  | | |  | |  |  | | |
| 银行账号及开户行 |  | | | | 开户人姓名 | |  | 申请医保补贴金额 |  | |
| **我们承诺以上情况及提供的相关材料真实准确。如有不实，愿意承担相应法律责任和后果。**  承诺人(签名、盖指纹) 女方: 男方:  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 村(居) 委会初审意见:    (单位盖章)  经办人:  审核日期: 年 月 日 | | | | | | 乡镇人民政府审核意见:  (单位盖章)  经办人:  审核日期: 年 月 日 | | | | |
| 县医保部门复核意见:  (单位盖章 )  经办人:  审核日期: 年 月 日 | | | | | | | | | | |