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 |