附件1：

**邯郸市城镇职工生育保险备案登记表**

备案编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 年龄 |  | 工作单位 |  | | | | |
| 个人医保编号 |  | | | 身份证号 |  | | 个人参保时间 |  | |
| 单位医保编号 |  | | | 单位参保时间 |  | | | | |
| 准生证  编码 |  | 怀孕时间 |  | 预产期 |  | 是否能够享受  津贴待遇 | | |  |
| 单位医保专管员签字： 联系电话： | | | | | | | | | |
| 备注： | | | | | | | | | |

经办人： 经办日期：

**邯郸市城镇职工生育保险备案登记表**

备案编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 年龄 |  | 工作单位 |  | | | | |
| 个人医保编号 |  | | | 身份证号 |  | | 个人参保时间 |  | |
| 单位医保编号 |  | | | 单位参保时间 |  | | | | |
| 准生证  编码 |  | 怀孕时间 |  | 预产期 |  | 是否能够享受  津贴待遇 | | |  |
| 单位医保专管员签字： 联系电话： | | | | | | | | | |
| 备注： | | | | | | | | | |

经办人： 经办日期：