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	

男职工单位证明： （核实男职工配偶是否就业） 联系人:　　联系电话: 年　月　日（盖章）	男职工单位属委托人事代理单位证明： （核实男职工配偶是否就业） 联系人:　　联系电话: 年　月　日（盖章）
男职工配偶户口所在的街道办事处或乡镇人民政府证明： （核实男职工配偶是否就业） 联系人:　　联系电话:　　年　月　日（盖章）	
男职工配偶（非农户）户口所在地的生育保险经办机构证明： （核实是否参加生育保险） 联系人:　　联系电话: 年　月　日（盖章）	男职工配偶（农户）户口所在地的新农合经办机构证明： （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。