附件：

**攀枝花市城镇职工异地生育（计划生育）**

**申请表**

 单位名称 : 单位经办人： 联系电话：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 年龄 |  | 身份证号码 |  |
| 异地生育（计划生育）地 |  | 选定的生育保险或基本医疗保险定点医疗机构名称 |  | 异地医疗机构等级 |  |
| 异地生育（计划生育）理由 | 1.本人父母在攀枝花市外居住，需在父母居住地生育方便照顾。（ ）2.本人配偶在攀枝花市外居住或工作，需在配偶居住或工作地生育方便照顾。（ ）3.其它特殊情况。（ ）本人签名： 年 月 日  |
| 用人单位意见 | 单位主管领导签字： 用人单位（章）： 年 月 日 | 医保经办机构意见 | 经办人： 经办机构（章）： 年 月 日 |

**备注: 本表为支付女职工异地生育（计划生育）待遇的必备要件，须事前申报。**