

表 7：广东省异地就医生育保险登记备案表

|  |  |         |                  |   |  |
|--|--|---------|------------------|---|--|
| 参保人姓名  |  |         | 身份证号码            |   |  |
| 联系电话   |  |         |                  |   |  |
| 人员类别   | <input type="checkbox"/> 职工<br><input type="checkbox"/> 职工未就业配偶<br><input type="checkbox"/> 其他：        |         | 登记类别             | <input type="checkbox"/> 新增<br><input type="checkbox"/> 变更  |  |
| 职工未就业配偶姓名（选填）  |  |         | 职工未就业配偶身份证号码（选填） |   |  |
| 是否符合国家生育政策   | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否  |         | 已生育子女            | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 1 名 <input type="checkbox"/> 2 名<br><input type="checkbox"/> 3 名 <input type="checkbox"/> 其他_____ |  |
| 转往省（市、区）   |  | 地区（市、州） |                  | 县（区）  |  |
| 产前检查选定医院   |  |         |                  |   |  |
| 备案时间   | <input type="checkbox"/> 1. 计划生育<br><input type="checkbox"/> 2. 产前检查<br><input type="checkbox"/> 3. 生育 |         | 预计日期：            | ____年____月____日<br>预计日期：____年____月____日<br>预产期：____年____月____日  |  |
| <input type="checkbox"/> 本人<br><input type="checkbox"/> 被委托人<br>签名 |  |         | 填表日期             |   |  |

备注：1.办理生育异地就医备案人员，其基本医疗保险同步备案至就医所在地。  
2.备案有效期为成功备案之日起，至所填备案时间的第30日止。  
3.本人承诺上述事项属实。

经办机构：                      联系电话：                      经办人：                      经办日期：