职工生育保险产前检查医疗机构定点表

<table>
<tr><td>参保人姓名</td><td></td><td>联系人与联系电话</td><td></td></tr>
<tr><td>身份证号码</td><td></td><td>预产期及办理时孕周</td><td></td></tr>
<tr><td>男职工未就业配偶姓名
(不属未就业配偶的无需填写)</td><td></td><td>男职工未就业配偶身份证号码
(不属未就业配偶的无需填写)</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">是否参加基本医疗保险（男职工未就业配偶填写)</td><td colspan="2">□是　　□否　　□其他____</td></tr>
<tr><td colspan="4">申　请　选　定　医　院</td></tr>
<tr><td>产检选定医院</td><td></td><td>产检选定医院所在城市</td><td>广州市</td></tr>
<tr><td colspan="4">个 人 意 见</td></tr>
<tr><td colspan="4">本人已知悉填报须知内容，　同意申报，　并授权经办机构通过信息共享方式查询本单位/个人与办理生育业务相关的信息，承诺所提供材料与信息均真实完整合法，　符合办理业务条件。本次办理业务的其他承诺 与告知内容陈述如下：

温馨提示：　反欺诈法律提示：　以虚构劳动关系、伪造证明材料或者其他手段骗取社会保险待遇的，属于刑法第二百六十六条规定的诈骗公私财物的行为，　将依法追究刑事责任。

本人签名：　　填报日期：</td></tr>
</table>

注：　1.此表由参保人填写，　并签名确认。

2 .本人承诺上述事项属实。