

河南省医疗保障职工生育待遇申请表

NO.

参保人姓名		性 别	
身份证件号码		联系电话	
生育登记服务证编号		出生医学证明编号	
男职工配偶姓名		身份证件号码	
参保单位意见	经办人签名： (盖章) 年 月 日		
<h2>承诺书</h2>			
本人_____身份证件号码：_____办理_____业务。_____本			
人保证所填信息真实有效，符合此业务办理条件，由此产生的一切法律责任均由本人承担。			
承诺人（签名、指印）			
联系电话：			
通讯地址：			

说明：业务经办时间为每月5-20日