

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

| | | | | | |
|--|--|------|--|-------------|--|
| 男职工 姓名 | | 社保编号 | | 男职工 身份证号 | |
| 单位编号 | | 单位名称 | | | |
| 配偶姓名 | | 生育日期 | | 配偶 身份证号 | |
| <p>本人配偶未就业，未享受养老、医疗、生育、失业、新农合保险等社会保险生育医疗费待遇，申领未就业配偶生育医疗费，上述情况属实，本人承担相应法律后果，特此声明。 (参保男职工本人复写以上内容并签字确认)</p> <p>本人签字：_____年 月 日</p> <p>代办人签字：_____年 月 日</p> | | | | | |