附件2

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 吕梁市新生儿“出生一件事”联办服务登记表 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 新生儿 姓名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 新生儿父母基本 信息 | 母亲姓名 |  | | 年龄 | |  | | | 国籍 | | |  | | | 民族 | | | |  | | |
| 出生日期 |  | | | | | | | 手机号码 | | |  | | | | | | | | | |
| 有效身份证件类别 |  | | | | | | | 有效身份证件号码 | | |  | | | | | | | | | |
| 户籍地址 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 现住址 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 父亲姓名 |  | | 年龄 | |  | | | 国籍 | | |  | | | 民族 | | | |  | | |
| 出生日期 |  | | | | | | | 手机号码 | | |  | | | | | | | | | |
| 有效身份证件 类别 |  | | | | | | | 有效身份证件号码 | | |  | | | | | | | | | |
| 户籍地址 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 现住址 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 《出生医学证明》与《预防接种证》申报登记信息 | 产妇姓名 |  | | | | 住院病历号 | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 新生儿姓 |  | | | | 新生儿名 | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 新生儿  性别 |  | | | | 出生时间 | | | | | | | | | 年 月 日 时 分 | | | | | | |
| 出生孕周 | 周 | | 出生体重 | | | 克 | | | | | | | | 出生身长 | | | | 厘米 | | |
| 出生地点 | 省 市 县 ( 区 ) 乡 ( 镇 ) | | | | | | | | | | | | | 医疗机构名称 | | | |  | | |
| 户口申报登记信息 | 申报籍贯 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 落户地派出所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 随父或母申报民族 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 按照户口登记管理相关规定，申请人可根据婴儿父母的意愿随父或随母申报婴儿出生户口。经婴儿父亲、母亲双方协商一致，现申请随 (父或母)申报户口。申报的内容真实，并承诺自行承担因子女落户引发的相关法律和民事责任。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 新生儿社会保障卡申请信息 | 是否制作社会保障卡：是否  申请人已阅读社会保障卡相关账户协议且自愿申请社会保障卡，且已了解所申请服务的相关内容，同意并遵照所申请服务办理。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 选择社会保障卡发卡银行网点： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 备注：监护人需持本人身份证、本人户口簿及新生儿户口簿原件、新生儿出生医学证明至社保卡发卡银行网点领取社会保障卡。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医保参保  登记信息 | 新生儿医保参保地 | | 省 市 县 ( 区 ) 乡(镇) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 参保类型 | |  | | | | | | | 街道社区 | | | | | | (可选) | | | | | |
| 参保年度 | |  | | | | | | | 城乡居民参保类型 | | | | | |  | | | | | |
| 本人确认： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 备注：1、签订本申请表，即视为默认自申请参保起始年度起。2.因账户余额不足或申请人资料变更后未及时办理变更手续等原因，导致扣缴业务无法正常处理，引起的相关后果由申请人自行承担。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生育补贴登记信息 | 申请类型 | | 一孩 二孩 三孩 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 夫妻婚姻  状况 | | 双方初婚 男再婚女初婚 复婚 男初婚女再婚 双方再婚 丧偶 离异 其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 结婚日期 | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 结婚证号（离婚证号或法院判决书编号） | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 享受补贴子女姓名 | |  | | 出生医学证明编号 | | | | | |  | | 身份证号 | | | | | | |  | |
| 夫妻共同生育所有子女情况(不含收养的子女 ) | 孩次 | | 姓名 | | 性别 | | | | | | 出生医学证明编号 | | | | | | | 身份证号 | | | |
|  | |  | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | |
|  | |  | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | |
|  | |  | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | |
|  | |  | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | |
| 资金发放 银行账号 |  | | | | 姓名 | | | | | |  | | | 开户行 | | | | | | |  |
| 县市区卫健局审核意见：  （单位盖章）经办人：  审核日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请人员  承诺信息 | 申请人承诺： (申请人承诺：本人在办理新生儿“出生一件事”联办服务中，所提供资料真实有效，核对无误，如有不实之处，本人愿承担相应的法律责任，并承担由此产生的一切后果)  申请人： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请人(母亲)签字并按手印 | |  | | | | | 联系电话 | | | | | | | | |  | | | | |
| 申请人(母亲)签字并按手印 | |  | | | | | 联系电话 | | | | | | | | |  | | | | |