452036020002

生育津贴支付

服务指南

XXXX年X月X日发布 XXXX年X月X日实施

XXXX（发布单位全称） 发 布

1. 事项编码

452036020002

1. 适用范围

（一）参保职工按时足额缴费期间怀孕生育、施行计划生育手术；

（二）符合国家、自治区生育政策规定。

1. 事项类别

公共服务

1. 设立依据

《中华人民共和国社会保险法》（2010年10月28日主席令第35号公布）第七条;《广西壮族自治区医疗保障局 广西壮族自治区财政厅 国家税务总局广西壮族自治区税务局关于印发广西生育保险和职工基本医疗保险合并实施细则的通知》（桂医保发〔2019〕55号）;《广西壮族自治区医疗保障事业管理中心关于做好三孩生育政策相关待遇支付工作的通知》（桂医保中心函〔2021〕42号）

1. 受理机构

各级医保经办机构

1. 决定机构

各级医保经办机构

1. 办理条件
2. 准予批准的条件：

符合生育保险待遇支付条件

1. 不予批准的情形：

不符合生育保险待遇支付条件

1. 其他需要说明的情形：

无

1. 申办材料

申请人把下列申请资料（文件、物品）送交办理窗口：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 提交材料名称 | 原件/复印件 | 份数 | 纸质/电子版 | 特定要求 |
| 1 | 医保电子凭证或有效身份证件或社保卡（委托他人办理的，还需提供代办人身份证） | 原件或复印件 | 1 | 纸质/  电子版 | 无 |
| 2 | 《广西生育保险待遇申报表》 | 原件 | 1 | 纸质 | 加盖单位公章 |
| 3 | 医疗费用发票 | 原件 | 1 | 纸质 | 医疗费用在本地定点医疗机构直接结算、可通过医保结算系统查询的免于提供。发票丢失的，可提供发票存根复印件并加盖医疗机构财务章，同时签署承诺书。 |
| 4 | 病历资料（申报住院津贴的，提供出院记录；申报门诊津贴的，提供门诊病历和疾病诊断证明） | 复印件 | 1 | 纸质 | 境外生育提供《出生医学证明》和病历资料（非中文材料的，需同时提供翻译公司出具的翻译文件，和具有翻译资质的翻译公司营业执照副本复印件）。 |
| 5 | 按情形提供符合生育政策证明材料：  ①申报生育津贴的，需提供生育登记材料复印件；  ②申报流产津贴的，需提供结婚证复印件。 | 复印件 | 1 | 纸质 | 生育登记材料、结婚证能通过自治区共享数据交换平台获取的免于提供。 |
| 6 | 参保单位的银行账户 | 复印件 | 1 | 纸质 | 若医保系统能自动获取单位账号相关信息的，免于提供。 |
| 7 | 生育保险缴费情况证明 | 原件 | 1 | 纸质 | 跨统筹地区就业且未中断缴费的参保职工，应提供转出地医保经办机构开具的生育保险缴费情况证明，加盖公章。 |
| 与生育医疗费支付同时办理可合并提供材料。 | | | | | |

1. 办理方式
2. 窗口受理：直接到各级医保经办窗口提交申请材料。
3. 网上申报：进入广西数字政务一体化平台（http://zwfw.gxzf.gov.cn/）或广西壮族自治区医保网上服务大厅（https://ybwt.ybj.gxzf.gov.cn/web/hallEnter/#/Index）进行网上申报。
4. 办理流程
5. 流程图

|  |
| --- |
| 接收提交的材料  （即时） |
|  |
| 做出受理决定  (1个工作日) |
|  |
| 审核  (10个工作日) |
|  |
| 待遇拨付  (4个工作日) |
|  |
| 结果反馈  （即时） |

（二）办理程序

1.受理

2.审核

3.拨付

1. 办理时限
2. 法定时限

20个工作日

1. 承诺时限

15个工作日

1. 收费依据及标准
2. 收费项目

无

1. 收费依据

无

（三）收费标准

无

1. 结果送达

1.发送短信通知；

2.扫描业务受理回执单上的二维码查询；

3.登录广西数字政务一体化平台或广西医保网上服务大厅查询；

4.窗口自取；

5.邮寄。

1. 咨询方式
2. 现场咨询

各级医保经办机构服务窗口

1. 电话咨询

12345

1. 网上咨询

各级医保部门官方网站

1. 监督投诉渠道
2. 现场监督投诉

各级医保经办机构服务窗口

1. 电话监督投诉

各级医保部门监督投诉电话

1. 网上监督投诉

各级医保部门官方网站

1. 办理地址和时间

地址：XX市XX区（市、县）XX路XX号XX服务大厅XX-XX号窗口

时间：周X至周X 上午XX：XX-XX:XX 下午XX：XX-XX:XX

1. 办理进程和结果查询
2. 办理进程查询方式

1.现场查询

各级医保经办机构服务窗口

2.电话查询

各级医保经办机构查询电话

3.网上查询

窗口办理的：微信扫描受理单二维码查询

网上办理的：通过原办理渠道查询

1. 结果公开查询方式

1.现场查询

各级医保经办机构服务窗口

2.电话查询

各级医保经办机构查询电话

3.网上查询

窗口办理的：微信扫描受理单二维码查询

网上办理的：通过原办理渠道查询

申报表

广西生育保险待遇申报表

□本市自取 □外地邮寄

单位名称： 单位编号： 汇总编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | | 身份证号/  个人编号 |  | |
| 费用发生时间  （填写出生或手术当天） | | 年 月 日 | | | | | |
| 申报项目 | 生育、计划生育项目：  □生育（○顺产、○多胞胎顺产、○难产、○多胞胎难产）  □未满4个月流产 □满4个月流产 □先兆流产 □宫内节育器（○放置、○取出）  □输卵管（输精管）结扎术 □输卵管（输精管）复通术 | | | | | | |
| 生育并发症： | | | | | |
| □羊水栓塞（DIC） | | □母胎血型不合 | □子宫破裂 | | □妊娠期高血压疾病 |
| □产后出血（休克） | | □HELLP综合征 | □产褥期感染 | | □妊娠期糖尿病 |
| □产褥期乳腺炎 | | □羊胎膜感染综合征 | □妊娠期肝内胆汁淤积症 | | |
| 男职工配偶姓名 |  | | 男职工配偶身份证号 | |  | | |
| 发票张数 | 张 | | 医疗费用合计（元） | |  | | |
| 婚姻登记  时间 |  | | 结婚证号 | |  | | |
| 生育登记证号（非必填） |  | | 出生医学证号  （非必填） | |  | | |
| 单位意见 |  | | | | | | |
|  | | | | | |
| 单位（盖章） | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | |
|  | | | | | |
| 本人承诺所提交的材料真实合法，如有虚假，愿承担由此引发的法律责任。 | | | | | | | |
| 承诺人： 日期： 年 月 日 | | | | | | | |

单位经办人： 经办人联系电话：

申请表（填写示范文本）

广西生育保险待遇申报表

☑ 本市自取 □外地邮寄

单位名称：张三所在单位 单位编号： XXXXX 汇总编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 张三 | 性 别 | 女 | | 身份证号/  个人编号 | 450XXXXXXXXXXXXXXX/ 00011XXXX | |
| 费用发生时间  （填写出生或手术当天） | | 202X年 XX 月 XX 日 | | | | | |
| 申报项目 | 生育、计划生育项目：  ☑ 生育（○顺产、○多胞胎顺产、○难产、○多胞胎难产）  □未满4个月流产 □满4个月流产 □先兆流产 □宫内节育器（○放置、○取出）  □输卵管（输精管）结扎术 □输卵管（输精管）复通术 | | | | | | |
| 生育并发症： | | | | | |
| □ 羊水栓塞（DIC） | | □母胎血型不合 | □子宫破裂 | | □妊娠期高血压疾病 |
| □产后出血（休克） | | □HELLP综合征 | □产褥期感染 | | □妊娠期糖尿病 |
| □产褥期乳腺炎 | | □羊胎膜感染综合征 | □妊娠期肝内胆汁淤积症 | | |
| 男职工配偶姓名 |  | | 男职工配偶身份证号 | |  | | |
| 发票张数 | 1 张 | | 医疗费用合计（元） | | 10000 | | |
| 婚姻登记  时间 | 20XX | | 结婚证号 | | XXXXXXXX | | |
| 生育登记证号（非必填） |  | | 出生医学证号  （非必填） | |  | | |
| 单位意见 |  | | | | | | |
|  | | | | | |
| 情况属实，同意申报 单位（盖章） | | | | | |
| 202X 年 XX 月 XX 日 | | | | | |
|  | | | | | |
| 本人承诺所提交的材料真实合法，如有虚假，愿承担由此引发的法律责任。 | | | | | | | |
| 承诺人： 张三 日期：202X 年 XX 月 XX 日 | | | | | | | |

单位经办人： 李四 经办人联系电话： 137XXXXXXXX

个人承诺书

（经办机构名称）：

本人 (身份证号 ), 办理 业务，由于个人原因，丢失以下发票原件，共 张：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **发票名称** | **发票金额** | **发票日期** | **发票号** | **备注注** |
|  |  |  | 年 月 日 日 |  |  |
|  |  |  | 年 月 日 |  |  |
|  |  |  | 年 月 日 |  |  |
|  |  |  | 年 月 日 |  |  |
|  |  |  | 年 月 日 |  |  |
|  |  |  | 年 月 日 |  |  |
|  |  |  | 年 月 日 |  |  |

本人保证本次医疗费用未享受医疗保险待遇，所述信息真实、准确、完整、有效，由此产生的一切法律责任均由本人承担。

联系电话：

通讯地址：

承诺人（签名、指印）：

年 月 日

个人承诺书

（填写示范文本）

XX医保中心 （经办机构名称）：

本人 张三 (身份证号 450XXXXXXXXXXXXXXX ), 办理 生育津贴报销 业务，由于个人原因，丢失以下发票原件，共 1 张：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **发票名称** | **发票金额** | **发票日期** | **发票号** | **备注注** |
| 1 | XX省医疗收费票据 | XXX.XX | 20XX年X月X日 | XXXXXX |  |
|  |  |  | 年 月 日 |  |  |
|  |  |  | 年 月 日 |  |  |
|  |  |  | 年 月 日 |  |  |
|  |  |  | 年 月 日 |  |  |
|  |  |  | 年 月 日 |  |  |
|  |  |  | 年 月 日 |  |  |

本人保证本次医疗费用未享受医疗保险待遇，所述信息真实、准确、完整、有效，由此产生的一切法律责任均由本人承担。

联系电话：137XXXXXXXX

通讯地址：XX省XX市XX街道XXX号

承诺人（签名、指印）： 张三

20XX年XX月XX日

常见错误示例

1.申报业务病种为异位妊娠或葡萄胎。

2.提供的出院记录无医院盖章。

常见问题解答

1.问：一般多长时间可以办完审批手续？

答:承诺15个工作日办结。

2.问：收费标准及依据是什么？

答：办理此事项不收费。

3.问：参保职工发生异位妊娠、葡萄胎住院医疗费用职工是否按基本医疗报销？是否审核符合计划生育政策？能否享受生育津贴？

答：参保职工发生异位妊娠、葡萄胎住院医疗费用，符合基本医保支付范围的，按职工医保政策执行。不审核符合生育政策，不享受生育津贴。