附件11

单位生育、护理假津贴申报与审核表

申报单位（单位盖章）： 统一社会信用代码/单位编码： 开户名：

单位开户银行： 单位对公账号：

单位负责人： 填报人： 联系电话： 填报时间： 年 月 日

单位声明：本单位承诺申领生育津贴、护理假津贴的职工，本次符合国家计划生育政策并已办理卫健部门登记手续，且职工享受产假、护理假或者计划生育手术假期，本单位已按规定发放假期工资。本单位对提供的对公账户信息等资料的真实性负责，并承担相关法律责任，特此声明。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 女职工/男职工配偶姓名 | 女职工/男职工配偶身份证号码 | 分娩类别（顺产/剖宫产） | 分娩/流产日期 | 计划生育手术类别 | 计划生育手术日期 | 女职工生育津贴申报信息 | | | | | | | 准生证号/登记号 | 男职工护理假津贴申报信息 | | 经审核符合享受津贴的天数（天） | 所在用人单位上年度职工月平均缴费工资（元） | 生育津贴/护理假津贴额度（第19列÷30×假期天数） |
| 怀孕未满4个月终止妊娠休假天数 | 怀孕4个月及以上7个月以下终止妊娠休假天数 | 怀孕7个月及以上终止妊娠休假天数 | 顺产休假天数 | 难产/剖宫产休假天数 | 一胎生育婴儿数 | 计划生育手术休假天数 | 男职工  姓名 | 男职工身份证号码 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

经办机构审核意见 初审： 复审： 负责人（单位盖章）：

年 月 日 年 月 日 年 月 日

注：1．如分娩时同时施行计划生育手术的，须分开两条记录填写。

2．符合计划生育规定怀孕但流产的，填写“分娩（流产）日期”；因计划生育政策外怀孕施行人工终止妊娠手术的，填写“计划生育手术

日期”。

3．“怀孕未满4个月终止妊娠休假天数”按医疗机构建议的休假天数为准，如实际休假天数少于医疗机构建议的休假天数，则按实际休假

天数核发待遇。其他类别同理。

4．申请女职工生育津贴时，不填写第16－20项。申请男职工护理假津贴时，需填写第2－7项、15－17项。男、女均为职工且申请津贴

时须分开两条记录填写。第18－20项由医保经办机构负责审核填写，企业申报时不需填报。

5．用人单位没有对公账户或对公账户不能使用，需划入法人代表账户或其他单位账户的，用人单位提供情况说明并盖章确认。