**生育待遇申报承诺书**

本单位职工姓名：\_\_\_\_\_\_\_ 身份证号： , 结婚日期: 年 月 日 ， 出生日期（流产或上取环日期）： 年 月 日，胎次： 次。本单位保证符合此业务办理条件，所述信息真实、准确、完整、有效，由此产生的一切法律责任由单位承担。

单位医疗缴费编码：

单位联系人电话：

承诺人（签字）：

单位公章：

年 月 日

**生育待遇材料接收回执单**

生育类别： 接收人：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 接收时间 |  |
| 身份证号 |  | | |