

山丹县医疗保障局

山丹县医疗保障局 关于进一步做好职工医保产前检查费及生育 津贴发放工作的通知

各乡镇人民政府，县直各部门，企事业及省市驻丹各单位：

为进一步落实《甘肃省医疗保障经办政务服务事项清单（2023版）》文件精神，结合张掖市医疗保障局、张掖市财政局、张掖市卫生健康委员会、国家税务总局张掖市税务局《关于印发张掖市生育保险和职工基本医疗保险合并实施细则的通知》（张医保发〔2019〕97号）文件要求，现将我县职工医保产前检查费及生育津贴发放相关事宜通知如下：

一、申办要求及相关政策

（一）待遇享受条件。

1. 产前检查费：用人单位参加职工基本医疗保险并按时足额缴费的，享受产前检查费同基本医保待遇一致。

2. 生育津贴：连续足额缴费满9个月的参保女职工，可享受生育津贴；连续缴费不满9个月的，生育津贴由用人单位支付。

生育津贴是职工享受产假休假期间工资的替代，生育津贴与

产假休假工资不重复享受；用人单位在产假休假期间不得中断女职工的基本医疗保险，并按月足额缴费；若参保女职工在产假休假期间与用人单位解除劳动关系并中断缴费的，解除之日起至产假休假结束期间不能享受生育津贴。

由财政统一发放工资的参保职工仍享受原工资待遇和生育医疗费待遇，不享受生育津贴待遇；参保男职工配偶未就业的享受生育医疗费待遇的 50%，不享受生育津贴待遇；参保的领取失业保险金人员和灵活就业人员享受生育医疗费待遇，不享受生育津贴待遇。

（二）待遇标准。

1. 产前检查费：参保女职工产前检查费实行定额 1300 元支付。以参保男职工配偶未就业享受生育医疗待遇的，产前检查费为 650 元。

2. 生育津贴：按照参保职工月缴费基数除以 30 天再乘以享受生育津贴产假休假天数计发。生育津贴高于本人工资标准的，全额计发；低于本人工资标准的，由用人单位补足。

以参保男职工配偶未就业享受生育医疗待遇的，不享受生育津贴。

（三）产假休假天数的确定。

参保女职工生育的，最高享受 180 天的生育津贴；女职工怀孕不满 3 个月流产的，享受生育津贴 15 天；满 3 个月不满 4

个月流产的，享受生育津贴 30 天；满 4 个月不满 7 个月流产的，享受生育津贴 42 天；满 7 个月引产的，享受生育津贴 98 天。

（四）申请办理材料。

1. 用人单位提交《张掖市职工产前检查费、生育津贴结算明细表》（附件 2）（一式三份）（加盖单位公章）；
2. 用人单位审批同意的产假休假条复印件（加盖单位公章）；
3. 生育职工的有效身份证和银行卡、社保卡（须银行金融功能激活）复印件；
4. 出生医学证明复印件；
5. 病历资料（病案首页、出院证明或小结）；
6. 生育津贴申请承诺书（附件 1）；
7. 单位开户银行账号复印件；

行政、事业单位临聘人员、公益性人员需提交劳动合同复印件。

二、经办流程

凡符合规定条件的参保职工，由用人单位于每月 20 日前提交《张掖市职工生育产前检查费、津贴结算明细表》（附件 2）及相关资料，加盖单位公章后向参保地医保经办机构申报，医保经办机构审核后，将产前检查费和生育津贴拨付到用人单位，再由用人单位发放至参保职工。

三、申报时限

1. 产前检查费的申报为职工分娩结束或妊娠终止之日起 1

年内。

2. 产前检查费与生育津贴同时申报的，分娩结束或妊娠终止之后 6 个月起至 1 年内。

3. 用人单位漏报、少报或不报，给职工生育津贴造成损失的，由用人单位负责补偿。

附件：1. 生育津贴申请承诺书

2. 张掖市职工产前检查费、生育津贴结算明细表



申请职工（生育津贴）保险待遇承诺书

本单位属于_____，现本单位职工_____，
身份证号码_____申报职工生育待遇，承诺在_____
年____月____日至_____年____月____日休产假期间，单位未曾给
生育职工发放工资。同时，本单位提供的请假单上休产假天数与
实际休产假天数一致，所提供的任何资料和所述情况属实，如有
瞒报工资总额或伪造事实骗取生育保险基金的情况，本单位愿意
承担由此产生的一切法律后果。

单位负责人（签字）：

经办人员（签字）：

单位（盖章）：

年 月 日

附件 2

张掖市职工产前检查费、生育津贴结算明细表

参保单位（章）： 单位编号： 结算时间： 年 月 日

参保单位账户名： 开户行： 账号： 行号：

序号	姓名	性别	身份证号	未就业 配偶姓名	缴费基数	产假 天数	就诊医院	生育 （终止 妊娠） 时间	出院时间	分娩 情况	宫内 妊娠 周期	分娩胎数	产检费 （元）	生育津 贴（元）	小计 （元）
												合计：			
支付总额（大写）：												¥：			

备 1.本表一式三份，经办机构一份、参保单位存两份；2.本表经医保经办机构、参保单位盖章后生效；3.参保单位加盖公章并填写位于表头
注： 的账户信息后，及时交回医保经办机构，医保经办机构据此办理转账拨付手续。

申请人： 联系方式： 登记人： 审核人： 审批人：

