附件1

“生育关怀·计生家庭福利救助团体健康保险”计生特困（殊）家庭父母新保明细表

盖章：区乡（镇、街办）村（居、单位）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 家庭序号 | 被保险  人姓名 | 性别 | 独生子女家庭 | | 计划生育困难家庭 | 生育二胎待孕、在孕高龄育龄妇女 | 身份证号码 | 联系电话 |
| 46-65周岁独生子女家庭 | 46-65周岁独生子女困难家庭 |
|  |  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填表人： 联系电话：填表时间： 年 月 日

**注：**1、“3-6”项为保险类型项，据实在相应栏内打“√”，只能选择一项。2、此表一式两份，村（居、单位）留存、上报乡（镇、街办）各一份。