

附件

山西省新生儿“出生一件事” 联办服务登记表

新生儿姓名								
新生儿父母 基本信息	母亲姓名		年龄		国籍		民族	
	有效身份证件类别				有效身份证件号码			
	户籍地址				手机号码			
	现住址							
	父亲姓名		年龄		国籍		民族	
	有效身份证件类别				有效身份证件号码			
	户籍地址				手机号码			
	现住址							
确认单	<p>申请人承诺：</p> <p>（申请人承诺：本人在办理新生儿“出生一件事”联办服务中，所提供资料真实有效，核对无误，如有不实之处，本人愿承担相应的法律责任，并承担由此产生的一切后果）</p> <p style="text-align: right;">申请人：</p>							
《出生医学证明》与 《预防接种证》申报 登记信息 (助产机构工作人员填写)	产妇姓名			住院病历号				
	新生儿姓			新生儿名				
	新生儿性别			出生时间	年	月	日	时 分
	出生孕周	周	出生体重	克	出生身长	厘米		
	出生地点	省 市 县(区) 乡(镇)			医疗机构名称			
户口申报 登记信息	申报籍贯							
	落户地派出所							
	随父或母申报民族							
	<p>按照户口登记管理相关规定，申请人可根据婴儿父母的意愿随父或随母申报婴儿出生户口。经婴儿父亲、母亲双方协商一致，现申请随_____（父或母）申报户口。申报的内容真实，并承诺自行承担因子女落户引发的相关法律和民事责任。</p>							

新生儿社会保障卡 申请信息	是否制作社会保障卡：是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>			
	申请人已阅读社会保障卡相关账户协议且自愿申请社会保障卡，且已了解所申请服务的相关内容，同意并遵照所申请服务办理。			
	选择社会保障卡发卡银行网点：			
备注：监护人需持本人身份证、本人户口簿及新生儿户口簿原件、新生儿出生医学证明至社保卡发卡银行网点领取社会保障卡。				
医保参保 登记信息	新生儿医保参保地	省		市
	参保类型	县（区）		乡（镇）
	参保年度	街道社区		（可选）
	城乡居民参保类型			
本人确认：				
备注：1、签订本申请表，即视为默认自申请参保起始年度起。2.因账户余额不足或申请人资料变更后未及时办理变更手续等原因，导致扣缴业务无法正常处理，引起的相关后果由申请人自行承担。				
申请人员 签字确认 信息	申请人（母亲）签名		联系电话	
	申请人（父亲）签名		联系电话	
	申请人在提出申请时应选择证件领取方式。选择邮寄时需自理邮寄费用（邮费到付）；选择自取时，各办件机构应通过政务服务平台及其移动端推送消息或短信等方式通知申请人自取证件的地点。			
邮寄地址： 收件人姓名： 收件人联系电话：				
申请登记日期：_____年___月___日				