**生育津贴收款账户维护申请表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | 单位编号 |  |
| 申请原因 | □银行退票 □申报失败 | | | |
| 待发人员 明细 |  | | | |
| 收款账户 信息 | 银行名称 |  | | |
| 开户银行  网点名称 |  | | |
| 银行账号 |  | | |
| 银行户名 |  | | |
| 注意事项 | 1、无法通过医保网厅维护银行信息的，需填写本表并加盖公章，至汇金大厦二楼医保结算科柜面申请。  因用人单位已工商注销而申请发放至法人账户的，另需提供：工商注销通知单、原营业执照复印件、法人身份证及银行卡复印件、情况说明。以上材料均需加盖公章。  2、请仔细核对填报的信息，因填写错误导致后续生育津贴无法正常发放，相应责任由参保单位承担。 | | | |
| 单位签章 | **上述注意事项已知悉。**   单位名称（章）： | | | |
| 单位经办人 |  | | 联系方式 |  |
| 申请日期 |  | | | |