**中山市医疗保险意外伤害就医情况表**

（202209版）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **身份证号** |  |
| **联系电话** |  | **住院时间** |  |
| **就诊医院** |  | | |
| **外伤情况说明** | （请如实记录受伤时间、地点、受伤经过及外出原因、异地就诊情况） | | |
| **个人承诺** | □ 普通外伤：本次医疗费用不涉及个人违反交通法规、工伤及第三人责任，医疗费用无第三人承担。现由本人或代办人向医疗保障经办机构申请本次医疗费用报销，并保证所提交的相关资料真实有效，如有虚假，自愿将医保支付费用退还医疗保险基金并承担相应法律责任。  □ 疑似工伤：本人已知悉《工伤保险条例》等相关规定，如受伤后经认定工伤，自愿将医保支付费用退还医疗保险基金。现由本人或代办人向医疗保障经办机构申请本次住院费用报销，并保证所提交的相关资料真实有效，如有虚假，愿承担相应法律责任。  请手抄上述勾选的承诺内容：  □本人 □代办人签名（按捺指印）：  年 月 日 | | |