

## 基本医疗保险意外伤害无第三方责任人登记表

医疗机构名称：

编号：

姓名		性别		年龄		医保卡号	
科别		病区		床号		住院号	
工作单位				家庭住址			
详细情况 (医师填写)	受伤基本情况：						
	时间：      年      月      日      时      分						
	现思维能力： _____						
	地点：                      致伤物： _____						
	诱因及经过： _____						
	_____						
	_____						
	_____						
	现有症状及阳性体征： _____						
	_____						
_____							
初步诊断：                      主治医师：							
签字	伤残人	陪护人				科主任意见	
		与伤残人关系					
		电话					
年 月 日							
定点医疗机构 医保科 意见	(盖章)						
负责人签字：                      年      月      日							

一式三份：医保办、患者、病例存放各一份  
由医师填写的详细情况如写不完，可以附页

# 个人承诺书

\_\_\_\_\_ (经办机构名称)

患者本人 \_\_\_\_\_ (身份证件号码 \_\_\_\_\_)

于 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日因 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 受伤

在 \_\_\_\_\_ 医院发生(口住院口急诊留观)医疗费用,办理医疗费用报销业务,因 \_\_\_\_\_ 无法提供(交警事故认定书、法院判决书、调解协议书)等公检法部门出具的相关证明材料,本次意外伤害不存在个人违反交通法规、工伤及第三人责任的情形,医疗费用符合基本医疗保险基金支付范围。

本人保证所述信息真实、准确、完整、有效,由此产生的一切法律责任均由本人承担。

患者联系电话:

患者常住地址:

代理承诺人: \_\_\_\_\_ (身份证号码) \_\_\_\_\_

代理人与患者关系: \_\_\_\_\_ 联系电话: \_\_\_\_\_

承诺人(签名、指印):

年 月 日