

## 汕尾市基本医疗保险参保人意外伤害备案申请表

姓名		年龄		性别	<input type="checkbox"/> 男/ <input type="checkbox"/> 女	医保类别	( <input type="checkbox"/> 职工/ <input type="checkbox"/> 居民)
身份证号码							
通讯地址						联系电话	
单位或参保所在地						是否报警 ( <input checked="" type="radio"/> 是/ <input type="radio"/> 否)	
入住医院名称				入住科室名称			
外伤情况	(1) 受伤时间: _____年____月____日____时						
	(2) 受伤地址: 在( <input checked="" type="radio"/> 家里; <input checked="" type="radio"/> 单位; <input checked="" type="radio"/> 上下班路上; <input checked="" type="radio"/> 其它) _____省 _____市_____县(市、区) _____路						
	(3) 受伤详细发生经过: _____ _____ _____						
参保人或代办人签名(指印):				联系电话:			
代办人身份证号码:				代办人与参保人关系:			
本次意外伤害个人责任比例	_____%			本次意外伤害第三方责任比例	_____%		
申请人承诺 (申请人阅读并勾选)	<input checked="" type="radio"/> 本人承诺本次意外伤害不存在第三方责任、不属于工伤事故, 所提交的报销资料真实准确, 未在其它机构享受过医疗待遇, 如有隐瞒或欺骗, 本人愿意承担一切法律责任。 <input checked="" type="radio"/> 本人对以上“本次意外伤害个人责任比例”无异议, 同意医保经办机构按相关规定核定相关待遇, 并承诺上述内容是本人(或代办人)依据事实填写, 不属于工伤事故, 所提供的个人信息和证明材料真实准确, 未在其它机构享受过医疗待遇, 如有隐瞒或欺骗, 本人愿意承担一切法律责任。 <div style="text-align: right;">申请人签名:</div>						
入住医院伤害原因初查意见							(盖章) 经办人签名: 联系电话: 年 月 日
医疗保险经办机构审核意见							(盖章) 经办人签名: 联系电话: 年 月 日
医疗类别	<input checked="" type="radio"/> 普通住院、门(急)诊/ <input checked="" type="radio"/> 意外伤害住院、门(急)诊						

★请认真阅读后页“注意事项”内容。

**请仔细阅读以下备注：**

- 1、参保人或代办人必须如实填写上述内容，外伤情况须写明受伤时间、地点、受伤经过。
- 2、参保人提交登记时需附医院出具的《入院记录》或《首诊记录》；如属交通事故的需提供交警部门出具的责任证明材料；属违法行为或刑事案件需公安部门出具证明材料。
- 3、对符合基本医疗保险报销范围内的外伤参保人，医保经办机构给予医保系统登记，并打印《汕尾市基本医疗保险参保人意外伤害备案申请表》加盖业务章。
- 4、医院必须给予持医保经办机构出具的《汕尾市基本医疗保险参保人意外伤害备案申请表》的外伤参保病人做医保登记和医疗费用即时报销。
- 5、此表一式两份，参保人、医疗保险经办机构各留一份。