附件

青岛市社会医疗保险意外伤害申请表

工作单位：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名： | 性别： | 年龄： | 身份证号：  |
| 家庭地址： | 单位地址： |
| 受伤时间： 年 月 日 时 | 受伤地点： |
| 首次就诊时间： | 首诊医疗机构： | 现治疗医院： | 门诊号： |
| 住院号： |
| 意外伤害发生的**具体原因、救助与就诊经过**： |
| 有无责任方（人）：有 （ ） 无（ ）  | 是否参加单位或学校组织的集体活动受伤是（ ） 否（ ） |
| 是否申报工伤： 是（ ） 否（ ） 本次外伤是否为已认定的工伤旧病复发：是（ ） 否（ ） | 是否报警：110（ ）、120（ ）、否（ ）报警人： 电话：  |
| 交通事故：是（ ） 否（ ） 交通工具：摩托车（ ）电动车（ ）自行车（ ）其它（ ）交警部门是否处理：是（ ） 否（ ） | 书写人签字： 与伤者关系： 电话：年 月 日 |
| **本人确认上述情况属实，如有误告，愿承担一切责任。****签字（或按手印）：** 年 月 日 |
| 外伤专科记录： 诊断：外伤原因是否属实： 首诊医师签字： |
| 医疗机构医保办审核意见：主任签字： 医保办盖章 年 月 日 | 医保经办机构审核意见：签字： 单位盖章 年 月 日 |

注：昏迷者及无民事行为的人可由法定代理人确认，并注明关系。本表一式叁份，医院留档与复审用。办理审核时务必携带急诊病历及相关材料（公安、单位、街道等部门证明）。受伤地点需注明何种场所。