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。