长沙市基本医疗保险参保人员意外伤害审批表

**警示：《中华人民共和国社会保险法》规定：以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取社会保险待遇的，由社会保险行政部门责令退回骗取的社会保险金，处骗取金额两倍以上五倍以下的罚款。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参保人姓名 |  | 年龄 |  | 身份证号码 |  |
| 入院时间 |  | 就诊医院 |  | 疾病诊断 |  |
| 工作单位 |  | 家庭住址 |  |
| 个人申报报告（请注明意外伤害发生的时间、地点、原因和经过，并提供急诊病历和入院记录）： 本人承诺：上述意外伤害情况及所提交资料属实，愿意承担相关法律责任。本人承诺：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_填报人（须注明与患者关系）： 联系电话：证明人1： 联系电话：证明人2： 联系电话： 填报时间： 年 月 日 |
| 工作单位意见（请注明受伤时间、地点、原因，是否与工伤、第三方或交通事故有关）：经办人（签字）： 盖章：年 月 日 |