

附件 1

福建省基本医疗保险基金先行支付申请书

	与参保人关系	姓名	性别	身份证号	联系电话
申请人信息	本人				
近亲属(代办)信息					
申请原因及申请事项	<p>参保人____, 于____年__月__日在____(地点), 因____造成伤病, 经____(相关职能部门) 认定为第三人侵权, 属以下第(____)项情形。本人或近亲属现向____(参保地医保经办机构) 提出医保基金先行支付申请。</p> <p>1. 无法确定第三人;</p> <p>2. 依法经仲裁、诉讼确定第三人及其应承担的医疗费用, 但法院执行困难的(含获得部分赔偿的情况);</p> <p>3. 第三人不支付的其他情形。</p>				
申请人承诺	<p>本人了解福建省基本医疗保险基金先行支付的相关政策, 对申请书中所填的内容真实性负责, 到目前为止尚未获得赔偿或获得部分赔偿; 并承诺今后若获得第三人赔偿相关医疗费用, 本人应当在获得赔偿后 30 日内, 主动到____(参保地医保经办机构) 办理费用退还手续; 医保部门向第三方追偿时, 本人将积极配合, 全面如实提供有关证据材料。</p> <p>本人若隐瞒第三人赔偿情况, 医保部门可依法向本人进行追偿, 并依法对本人进行处罚; 若有虚报、冒领或骗取社会保险基金, 本人愿意承担一切法律责任。</p> <p>本人或近亲属签名(指印):</p> <p>联系地址: _____ 联系电话: _____ 亲属关系: _____</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>				
医保经办机构意见	经办意见	初核意见		复核意见	