

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