**医疗费用报销情况说明**

**姓名： 参保编号/身份证号码**

**联系方式： 医疗费用总额： 元**

**就医情况：□疾病 □外伤 □交通事故 □其他**

**外地就诊：□已办理异地就医登记 □返回其（包括本人、配偶、父母等直系亲属）住所地或经常居住地 □旅游 □出差 □其他**

本人承诺申请报销的医疗费用不属于下列情况：1.应当从工伤保险基金中支付的；2.应当由第三人负担的；3.应当由公共卫生负担的；4.在境外就医的。

本人承诺上述就医情况属实，若与真实情况不符，由此产生的一切后果及法律责任由本人承担。

申请人： 申请日期：

**受理人员： 审核人员： 复核人员：**