**苏州工业园区医保参保人员意外伤害登记表**

|  |
| --- |
| **当事人基本信息** |
| 姓名 |  | 证件号码 |  |
| **当事人意外伤害经过说明**（请当事人如实详细填写，如有公检法等部门出具的相关证明材料请一并提供） |
| 受伤时间 |  年 月 日 时 分 |
| 受伤地点（写明具体地址、路名、路段） |  |
| 受伤经过（写明受伤原因、整个受伤经过内容、交通工具） |  |
| 受伤部位（写明具体部位,如左右手、左右脚、 头部、胸部等） |  |
| 相关医疗费用总额(元) | 门诊费用 住院费用  |
| 是否报警（打110） | □是 □否 |
| 是否涉及工伤待遇 | □是 □否 |
| 是否存在第三方责任 | □是 □否 |
| 是否呼叫救护车（打120） | □是 □否 |
| ★如没有打120，由 （谁）送往 （医院）。 |
| **当事人承诺** |
| **本人已知晓：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，处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款。情节严重，构成犯罪的，依法追究刑事责任。****本人承诺以上所述情况及所提供的报销材料真实有效。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。（附本人及委托人身份证复印件）** |
| 承诺人 |  | 委托人 |  |
| 承诺人（委托人）联系电话 |  | 登记日期 | 年 月 日 |
| **医保经办部门核实处理情况** |
| 受理人 |  | 受理时间 | 年 月 日 |
| 调查人 |  | 调查结果出具日期 | 年 月 日 |
| 调查结果 |  |
| 审核人 |  | 审核时间 | 年 月 日 |