**南京市基本医疗保险外伤（中毒）原因承诺及申报表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性 别 | |  | | 年龄 | | |  | |
| 身份证号码 |  | | | | | 社保个人编号 | | |  | |
| 工作单位 |  | | | | | | | | | |
| 家庭住址 |  | | | | | | | | | |
| 险种 | □城镇职工医疗保险 | | | | | 联系电话 | | |  | |
| □城乡居民医疗保险 | | | | |
| □农民工大病医疗保险 | | | | |
| 收治医院 |  | | | | | | | | | |
| 申报费用 | □ 门诊 | | | | 费用合计 | | |  | | |
| □ 住院 | | | | 费用合计 | | |  | | |
| 有无第三方支付（或赔偿） | | | | □有 金额： | | | | | |
| □无 | | | | | |
| 受伤及就医详细经过描述（可附页） |  | | | | | | | | | |
| 参保人或代办人授权及承诺 | 我承诺以上受伤情况详尽、属实，并授权南京市社会保险管理中心及其合作单位（部门）对受伤情况开展相应调查，若为虚假陈述或者提供虚假证明，我愿意根据《中华人民共和国刑法》、《社会保险法》等有关规定，承担一切法律法规责任。此承诺授权书的影印本同样有效。  参保人本人签字： 日期： | | | | | | | | | |
| 代办人签字 | |  | | | | 与患者关系 | | |  |
| 身份证号码 | |  | | | | 联系电话 | | |  |