泰兴市外伤患者使用医保基金结算备案表

医院： 病区: 床号：

|  |  |
| --- | --- |
| 基本情况 | 患者姓名： 身份证号码：  家庭住址： 联系电话： |
| 备案人姓名： 身份证号码：  家庭住址： 联系电话： |
| 备案人与参保人关系：（本人、夫妻或子女等） |
| 是否报110 是□否□， 是否报120 是□否□ |
| 受伤经过 | 受伤经过：**（请详细说明受伤时间、地点、原因、过程以及导致的后果等情况）** |
| 重要提醒 | **提醒：**1．《社会保险法》规定不纳入基本医疗保险基金支付范围的有：应当从工伤基金中支付的；应当由第三人负担的；应当由公共卫生负担的；在境外就医的。  2.《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，处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款；构成犯罪的，依法追究刑事责任。  （**特别提醒：骗取医保基金按照《刑法》第266条诈骗公私财物罪处理。**） |
| 承  诺 | 承诺：本人承诺以上填写内容均与事实  □□□□□□□□□□□□□□□□□  相符，并不涉及第三方，不属于工伤。  □□□□□□□□□□□□□□□□□  如有不符，本人及家属愿意无条件主动  □□□□□□□□□□□□□□□□□  退回医保基金并承担相应的法律责任。  □□□□□□□□□□□□□□□□□参保人(备案人)签字： 年 月 日 |
| 责任医师 | 我真实记载患者本次受伤的时间、地点、原因和过程，与受伤机制相符，未作假。已对上述参保患者开通医保刷卡进行严格初审把关，如有虚假，愿意承担一切法律后果和相关费用。  责任医师签字： 年 月 日 |
| 医院  意见 | 签 字： 年 月 日 |