泰安市基本医疗保险意外伤害住院报销 个人承诺书

患者姓名： ，性别： ，家庭住址：    ，联系电话：      ，社会保障号码（或身份证号码）：

本人于 年 月 日在（地点） 因          原因受伤，现在 医院 科室住院治疗，本次受伤无第三方责任，现请求基本医疗保险报销。

本人承诺：提供的受伤原因真实准确，无第三方责任。本人在享受医疗保险报销后，如有不实，不符合基本医疗保险报销规定的，自动向医疗保险经办机构如数退还所报销款项，并接受相关处罚，直至被追究刑事责任。

承诺人或亲属（签字）：

年  月  日

注：1.本表用于异地居住人员有意外伤害住院备案；因意外伤害在泰安市内住院的，只填写《泰安市基本医疗保险意外伤害住院备案表》。

2.本表一式二份，参保人员、医保经办机构各一份。