**宁德市基本医疗保险外伤病人住院治疗申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性别** |  **男 □** **女 □** | **人员****类别** | **职工□ 居民□** | **年龄** |  |
| **参保地** |  |
| **工作单位/家庭住址** |  |
| **身份证号** |  | **联系电话** |  | **科别** |  |
| **所住医院** |  | **入院时间** |  |
| **受伤经过：**本人于\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日\_\_\_时\_\_\_分，\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（地点），因\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_原因受伤，（ 有 / 无 报案，有 / 无 公安和交警部门报案记录，是 / 不是 属工伤，有 / 无 第三方责任方负责）现申请医保（ 刷卡 / 手工 ）保销医疗费用。 |
| 本人（代办人）已知道以下几种情况不属于医保报销范围：（一）醉酒、吸毒或因受酒精、毒品、管制药物（遵医嘱用药除外）的影响而导致外伤；（二）因违反道路交通安全法而导致外伤；（三）因违反治安管理等法律法规的违法行为导致外伤；（四）应当由第三人承担的外伤医疗费用；（五）应当由工伤保险基金承担的外伤医疗费用；（六）应当由公共卫生负担的外伤医疗费用;（七）在境外（含港、澳、台）发生的医疗费用；（八）因自残、自杀行为导致的外伤（精神病患者除外）；（九）国家、省、市规定的其它不可纳入基本医疗保险统筹基金支付范围的外伤。现承诺以上填写内容及所提供的材料真实有效，无隐瞒、欺诈，愿意接受并配合外伤调查，若存在欺诈、隐瞒情况造成医保基金流失，本人（或代办人） 愿承担相应法律责任，同时自动退回已支付的医保基金。 **承诺人（签字并盖手印）： 年 月 日** |
|  **病情摘要及初步诊断：****经治医师： 年 月 日 科主任： 年 月 日** |
| **医院医保科或医务科意见：** **（盖章） 年 月 日** |
| **外伤认定机构审批意见：****经办人： 复核： （盖章） 年 月 日** |

说明：1、此表作为宁德市基本医疗保险外伤住院病人申请表，各有关人员应认真阅读，并按要求详细填写；2、此表一式两份，外伤认定机构、申请人各一份。