**意外伤害异地就医无第三方责任承诺书**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 承诺人 |  | 联系电话 |  |
| 证件类型 |  | 证件号码 |  |
| 申请事项 | **外伤无第三方责任** | | |
| **承诺内容**：本人同意授权 市医保经办机构通过信息共享方式查 询本人与办理医保业务相关的信息，承诺所提供材料均为真实合法， 符合办理业务条件，如伪造材料或以任何方式骗取医疗保险待遇的， 本人愿意承担一切后果；同意 市医保经办机构将本人虚假行为 上报和纳入信用管理体系，并就本次办理业务的其他承诺内容陈述如  下 ：  本人于 年 月 日 时在。 ( 地 点 ) 发 生  (外伤经过) 。现承诺本次意外受伤与第三人 (方)责任或工伤责任无关，如与第三人(方)责任或工伤责任有关，  则已享受医保待遇全额退回医保，并承担相应的法律责任。  (温馨提示：1.反欺诈法律提示：以虚构劳动关系、伪造证明材料或者其他手段骗取基 本医疗保险待遇和生育保险待遇的，属于刑法第二百六十六条规定的诈骗公私财物的行为，  将依法追究刑事责任。2.此表可现场填写，个人承诺由承诺人本人手写签名。)  承诺人(签名):  日期： 年 月 日 | | | |