**天津市基本医疗保险意外伤害首诊报告卡**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **意外伤害** **人员信息** | 姓名 ： | 性别 ： | 年龄 ： | 身份证号： |
| 联系电话： | | 受伤时间： | |
| **职业** | 1.学龄前□ 2.学生□ 3.司机□ 4.企事业单位员工□ 5.公务员□ 6.退  休人员□ 7.农民工□ 8. 自由职业□ 9.其他□ | | | |
| **发生原因** | 1.机动车交通事故□ 2.非机动车交通事故□ 3.动物咬伤□ 4.中毒□ 5. 暴力/斗殴□ 6.机械切割伤□ 7.跌倒□ 8.坠落□ 9.烧伤□ 10.利器切 割伤□ 11.砸伤□ 12.烫伤□13.窒息□ 14.溺水□ 15.穿刺伤□ 16.性侵 犯□ 17.触电□ 18.其他□ | | | |
| **是否故意** | 1.非故意□2. 自残或自害□ 3.被害或加害□ 4.不清楚□ | | | |
| **发生地点** | 1.家中□2.学校和公共场所□ 3.公路/街道□4.工业和建筑场所□ 5 公共居住场所□ 6.体育和运动场所□ 7.服务场所□ 8.不清楚□ | | | |
| **受理情况** | 1.110报警□ 2.120急救□ 3.法院立案□ 4.其他□ | | | |
| **代理人**  信息 | 本人 委托 作为代理人，代表本人办理意外伤害报销相关手续。 | | | |
| 姓 名 ： 联系电话： 身份证号： | | | |
| 与参保人关系：1.配偶□2.子女□ 3.父母□ 4.其他□ | | | |
| **相关承诺**  **(不涉及**  **第三方时**  **填写)** | **承** **诺** **书**  本人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。 承 诺 人 ： | | | |
| 本人或代理人签字： 年 月 日 | | | | |

注：1.本表一式叁份，有参保人员、定点医疗机构和医保经办机构各执一份。

2.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。