佛山市参保人意外伤害医保待遇承诺书

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 参保人姓名 |  | 身份证号码 |  |
| 就诊医院 |  | 联系电话 |  |
| 入院时间 | 年 月 日 | 住院号 |  |
| 现将有关事项承诺如下：**（符合以下情况的，在相应的选项前打√）**：* 本人承诺关于本次意外伤害事件**所填内容与事实相符,不存在第三人责任（赔偿）或**

**工伤责任，若提供虚假材料或陈述虚假的，愿意承担法律责任。*** 本人承诺关于本次意外伤害事件**所填内容与事实相符,无法确定是否存在第三人责任**

**（赔偿）或工伤责任，若提供虚假材料或陈述虚假的，愿意承担法律责任。*** 本人承诺关于本次意外伤害事件**所填内容与事实相符,存在第三人责任（赔偿）或工**

**伤责任，若提供虚假材料或陈述虚假的，愿意承担法律责任。** |
| **温馨提示****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医疗保险待遇的，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。****本人/本单位同意授权佛山市医保经办机构通过信息共享方式查询本人与办理医疗保险业务相关信息，承诺所述情况真实合法，如有伪造材料或以任何方式骗取医疗保险待遇的，愿意承担一切后果并退回已领待遇，且同意佛山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。**代办人身份证件号码：代办人联系电话： 申请时间：代办人与参保人关系：参保人/代办人签名（指模）： |