|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件3： 南昌市基本医疗保险意外事故核定表 | | | | | |
| 参保单位名称 |  | | | | |
| 参保人姓名 |  | 社保卡号 |  | 身份证号 |  |
| 意外情况说明：（学生本人填写，如在校内受伤，请由学院核实情况后在此栏盖章） | | | | | |
| 参保单位（主管单位）核实意见:该参保人发生的意外事故不是因交通肇事、工伤、违法犯罪、打架斗殴、自杀自残、酗酒等造成，未享受赔偿。 | | | | | |
| 盖 章 | | | | | |
| 经办人签名 年 月 日 | | | | | |
| 社区或街道核实意见： | | | | | |
| 盖 章 | | | | | |
| 经办人签名 年 月 日 | | | | | |
| 公安或交管部门核实意见： | | | | | |
| 盖 章 | | | | | |
| 经办人签名 年 月 日 | | | | | |
| 注：1、请相关单位核定参保人发生的意外事故是否因交通肇事、工伤、违法犯罪、打架斗殴、自杀自残、酗酒等造 成，是否已享受赔偿；2、相关单位须如实核定。 | | | | | |
| 南昌市医疗保险事业管理处结算科 | | | | | |