**江西省参保人员意外伤害医保待遇备案表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号 |  |
| 参保类型 | 🞎职工医保 🞎居民医保 🞎离休人员 | | |
| 参保单位 |  | 联系电话 |  |
| 就诊定点医疗机构 |  | | |
| 现居住详细地址 |  | | |
| 意外伤害情况（由参保人或家属如实详细填写意外伤害发生时间、地点及原因，可另附页） | | | |
| **承 诺**   1. 🞎1、本次意外伤害本人承担全部责任，无第三方责任。   🞎2、本次意外伤害存在第三方责任。   1. 本人承诺本次意外伤害所填备案表及提供的资料均真实合法有效，无虚假、伪造等行为，且愿意承担由此引发的一切法律责任。 2. 本次意外伤害非工伤事故。   承诺人： （与参保人关系： ）  年 月 日 | | | |
| 医保经办机构（第三方机构）核实意见： 🞎经核实，不存在第三方责任，可直接结算  🞎经核实，存在第三方责任，不予直接结算  🞎暂时无法完成核实，不予直接结算  经办人：  （经办机构业务章）  年 月 日 | | | |

注：1、本备案表一式三份，定点医疗机构和医保经办机构各执一份。

2、为保障参保人员医疗权益和维护医保基金安全，请如实填写。

3、不予直接结算的意外伤害医疗费用，如符合医保支付政策，按参保地零星报销相关规定办理。