附件

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **呼和浩特市城乡居民医疗保险意外伤害备案表（定点医疗机构）** | | | | | |
| 姓名 |  | 性别 |  | 身份证号 |  |
| 人员身份 |  | 参保辖区 |  | 学校或户籍地 |  |
| 联系电话 |  | | | 就诊医院 |  |
| 入院日期 |  | 病区及床位号 |  | 住院号 |  |
| 诊断 |  | | | 意外伤害 住院次数 | 首次□  后续治疗□（第 次） |
| 意外伤害情况经过： | | | | | |
| 本人承诺以上情况属实，如有虚假，愿接受国家相关法律法规的处理。    承诺人（参保人或家属）签字： 年 月 日 | | | | | |
| 简述现病史及治疗情况：    主治医生签字： 年 月 日 时 | | | | | |
| 定点医疗机构医保部门核查情况：       核查人签字： 年 月 日 | | | | | |
|
|
|
| 核查结果及结算意见：（定点医院医保部门盖章）  经办人： 年 月 日 | | | | | |
| 备注：1.定点医疗机构医保部门每次进行意外伤害核查时须至少2名工作人员  2.核查内容较多时可另附纸说明 | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **呼和浩特市城乡居民医疗保险意外伤害备案表（医保经办机构）** | | | | | |
| **姓名** |  | **性别** |  | **身份证号** |  |
| **人员身份** |  | **参保辖区** |  | **学校或户籍地** |  |
| **就诊医院** |  | | | **费用类别** | 住院□ 门诊□ |
| **入出院日期或门诊治疗时间** |  | | | **诊断** |  |
| **意外伤害 住院次数** | 首次□ 后续治疗□（第 次） | | | **联系电话** |  |
| **意外伤害情况经过：** | | | | | |
| 本人承诺以上情况属实，如有虚假，愿接受国家相关法律法规的处理。     承诺人（参保人或家属）签字： 年 月 日 | | | | | |
| **医保经办机构核查情况：   核查人签字： 年 月 日** | | | | | |
| **核查结果及结算意见：（医保经办机构盖章）   经办人： 年 月 日** | | | | | |
| 备注：1.意外伤害核查时须至少2名工作人员  2.核查内容较多时可另附纸说明 | | | | | |