

长沙市基本医疗保险意外伤害情况申报表

伤者情况	姓名		性别		联系电话		
	现居地址					参保类别	□城职；□城居
	身份证号					职业	
受伤经过	受伤时间		年 月 日 时 分				
	受伤地址		省 市 县（区） 镇（街道） 村（社区） 号				
	受伤地属性		□工作单位： □非工作单位：				
	受伤部位					申报金额	
	目击证人 1			关系		联系电话	
	目击证人 2			关系		联系电话	
	是否报警 (案)		□是，受理单位： □否				
	首诊 医院			就诊 时间	年 月 日 时 分	就诊 科室	
	转诊 医院			转诊 时间	年 月 日 时 分	转诊 科室	
	是否涉及第三方责任		□是（□打架斗殴；□第三方故意伤害；□交通事故；□工作期间；□其他侵权行为） □否				
	受伤经过描述						
	知情 人员 信息	姓名 1		关系		联系电话	
姓名 2			关系		联系电话		
申报人的承诺	本人承诺以上填写内容和提交的相关资料客观真实，如有虚假，本人自愿承担骗取或冒领社会保险待遇等相关法律责任。 申报人签字（加按手印）：_____ 申报人手机： 与病人关系：_____ 申报人身份证号：						

备注:如有其他辅证材料可另附

受理网点:

经办人:

经办时间: