广西基本医疗保险意外伤害就医情况表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 身份证号码 |  |
| 联系电话 |  | | |
| 就诊医疗机构名称 | 贵港东晖医院 | 科室 |  |
| 临床诊断 |  | | |
| 外伤情况说明（外伤时间、地点、受伤经过）  本人承诺：医疗费用不涉及个人违反交通法规、工伤及第三人责任，医疗费用无第三人承担。以上情况说明及提供的相关材料属实，如有虚假，本人愿意退还医疗保险拨付款项及承担相应法律责任。  本人（被委托人）签名： 被委托人与伤者关系：  被委托人联系电话： 被委托人身份证号码： | | | |
| 就诊医疗机构医保科意见：  （盖章）  经办人： 联系电话： 年 月 日 | | | |

注意：1.在定点医疗机构直接持卡结算的，本表交由定点医疗机构随病历留存；

2.在医保经办机构申请报销的，本表随医疗费用申报材料一并留存；

3.涉及违反交通法规、工伤及第三人责任的医疗费用不属于基本医疗保险支付范围。