外伤无第三方责任承诺书

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 承诺人 |  | 联系电话 |  |
| 证件类型 |  | 证件号码 |  |
| 承诺事项 | 外伤无第三方责任 | | |
| 承诺内容 ：  本人同意授权 医保经办机构通过信息共享方式查询本人 与办理医保业务相关的信息，承诺所提供材料均为真实合法，符合办理业 务条件，如伪造材料或以任何方式骗取医疗保险 待遇的， 本人愿意承担 一切后果； 同意 医保经办机构将本人虚假行为上报和纳入信  用管理体系，并就本次办理业务的其他承诺内容陈述如下：  本人于 年 月 日 时在 (地点)发生 (外伤经 过)。现承诺本次意外受伤与第三方责任或工伤责任无关，如与第三方责 任或工伤责任有关，则将已享受的医保待遇全额退回医保，并承担相应  的法律责任。  温馨提示：  1.反欺诈法律提示：以虚构劳动关系、伪造证明材料或者其他手段 骗取基本医疗保险待遇和生育保险待遇的，属于刑法第二百六十六条规  定的诈骗公私财物的行为，将依法追究刑事责任。  2.此表可现场填写，由承诺人本人手写签名，患者本人无法签字的由其  近亲属代签，并填 写身份证号码和联系方式。  承诺人(签名):  日 期 ： 年 月 日 | | | |

— 1 —