附件1： 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） 说明人： （与参保人关系为： ） 年 月 日 |
| **承 诺**一、□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。三、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，由参保人员、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。