**附件1.**        外伤经过情况说明

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓    名 |  | 身份证号码 | |  | |
|  | 职工医保（）             城乡居民医保（） | | | | |
| 工作单位 |  | | | | |
| 受伤地点、时间 |  | | | | |
| 去该地原因 |  | 长期居住地 | |  | |
| 就诊医疗机构名称 |  | | | | |
| 医院诊断 |  | | | | |
| 费用类别 | 门诊       住院 | | 发票金额 | |  |
| 受伤详细经过：      **本人承诺以上外伤经过情况属实，无任何第三方赔付，如有隐瞒或违规套取医保基金的情况将负相应的法律责任。**     本人签名： | | | | | |
| 证明人姓名、身份证号、联系方式、证明单位名称（加盖公章）及出具时间    证明人签字： | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |

 备注：本说明由参保人员填写，证明单位是指110、120以及其他知情的单位。参保人员应如实填写，作证的单位、个人应对参保人的外伤情况如实作证。