**外伤经过情况说明**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 身份证号码 |  |
| 参加险种类别 | 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。