**附件4**

**合肥市异地就医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 合肥 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 合肥 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、指印):  年 月 日 | | | |

时间：

地点：

受伤原因：

（加盖公章）

签字：

日期：