外伤承诺书

根据社会保险法规定，下列医疗费用不纳入基本医疗保险基金支付范围：㈠应当从工伤保险基金中支付的；㈡应当由第三人负担的；㈢应当由公共卫生负担的；㈣在境外就医的。

本人（姓名）\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ，身份证号码\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

外伤发生时间、地点及原因：

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

本人承诺：

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（外伤系个人原因导致，无第三方责任人，不属于工伤。愿接受医保稽核部门对此稽核。我保证该承诺真实无讹，并对承诺内容无异议，如有不实或隐瞒，我愿承担相应法律责任。）

承诺人（姓名）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（按手印）

或代办人（姓名）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（按手印）

 承诺人与代办人关系\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 联系方式\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

提示：按照政务服务承诺制工作要求，医保中心将把该承诺件上传“信用中国”网站。