参保人承诺书(样书)

一、人员情况

姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_张三\_\_\_\_ 年龄：\_\_\_XX\_\_\_

社保卡号：\_188XXXXXXX(第三代社保卡卡号无需填写)\_ 单位：\_南京理工大学紫金学院

二、就诊情况

就诊类别和金额：

□门诊\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_；☑住院\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_；

就诊时间和医院：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_；

医疗费用发生时医保缴费状态：☑正常□不正常

三、外伤情况

1、外伤发生时间和地点\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2、外伤发生原因：□交通事故 □民事纠纷 □其他

3、外伤发生有无第三方责任人：□无 □有（责任比例\_\_\_\_\_）（注意：如有第三方责任人需出具责任认定书）

**四、情况简述**

情况简述包括：1、具体时间地点。2、什么原因引发的外伤。

3、引发外伤是否有第三方责任人。4、就医情况。

**五、个人承诺**

**本人郑重承诺，以上所填内容完全属实，如有隐瞒、伪造、弄虚作假，愿负一切法律责任。**

当事人或家属签字（手印）：张三（手写）

联系电话：12345678900

时间：20XX.XX.XX（注意：校内受伤需所在学院盖章）