参保人承诺书

一、人员情况

姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 年龄：\_\_\_\_\_\_

社保卡号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 单位：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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\_\_\_\_\_）

**四、情况简述**

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

**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）：

联系电话：

时间：