附件2：

榆林市医疗保障意外伤害（服毒）案例调査报告

**s** 编号：

参保地： 县（市、区） 镇（街道） 村委会（居委会）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 基 本 信 息 | 姓名： 年龄： 就诊医院： 住院号： | |
| 身份证号： 现住址： 联系电话： | |
| 受伤时间： 年 月 日时 | 受伤地点： |
| 首诊时间： 首诊医疗机构： | 现诊疗机构： 诊断： |
| 意外事故原 因及经过 | 意外伤害原因、经过： | |
| 是否第三方责任：有口无口 是否获得赔偿：是□否口 | 是否工作中或参加单位、学校组织的活动或中 受伤：是□否口  是否获得赔偿：是□否口 |
| 交通事故：是□否口  交通工具：摩托车口电动车口自行车  □其他口  交警部门： | 打架斗殴：是□否口  自伤自残：是□否口  违法犯罪：是□否□报110：是□否口 报120：是□否□报122：是□否口 报警人： 与患者关系：  电话： |
| 保险公司调 查结论报告 | 调查人： 时间： 年 月 日 | |
| 保险公司医 保支付意见 | 审核人： 保险公司签章： 时间： 年 月 日 | |

注：1.本报告书盖章后移交定点医疗机构或医保经办机构;

1. 调查相关笔录及取得证据请与本调查报告一并归档。

附件3：

榆林市医疗保障意外伤害医药费用拟支付公示

患者姓名： 别名/曾用名/乳名：

身份证号码：

户籍所在地：

现住址：

疾病名称：

就诊医院： 医疗总费用： 元 政策范围内费用： 元 基金拟支付： 元 经了解意外伤害过程如下：

温馨提示：反映客观情况，维护社会公平正义，不仅是中华 民族的传统美德也是每个公民应尽的义务，同时也是保障参保群 众经济利益的善举。

望广大知情群众积极提供与伤情有关线索，以便进一步甄别 是否属于医疗保障补助对象。

我们将为您绝对保密。

监督联系电话：

市医保局监督举报电话：0912-3368678

公示期限：20 年 月 日一20 年 月 日

公示单位（公章）：

注：该公示内容由公示单位电脑打印，不得交患者填写。

附件4

榆林市医疗保障意外伤害患者承诺书（试行）

患者姓名： 身份证号码：

疾病名称： 就诊医院：

医疗费用： 元，其中医疗保障补助 元 意外伤害过程：

是否为第三方责任事故（是口否口）是否获得赔偿（是口否口） 本人郑重承诺：

以上内容，我方所陈述致伤原因、获得赔偿情况以及其他证 明资料等均与实际情况一致。如有虚假，自愿按照《社会保险法》 《中华人民共和国刑法》等相关规定处理。自愿退回医疗保障补 助全款，并接受5倍的罚款；如涉嫌犯罪，接受司法处理。

以上内容本人已清楚.自愿承诺.并负法律责任。 承诺人（签字按手印）： 身份证号码： 承诺时间： 年—月—日与患者关系： 身份证复印件粘贴（姓名页）： 患者：

承诺人:

附件5

中国太平洋人寿保险股份有限公司榆林中心支公司  
意外伤害案例调査人员及责任片区

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **责任片区** | **工作人员** | **联系电话** |
| 榆阳区、横山区、佳县 | 姜波 | 18091220550 |
| 李会能 | 18165367707 |
| 刘建杉 | 17629043952 |
| 定边县、靖边县 | 赵英 | 18609220019 |
| 董干 | 18166681886 |
| 府谷县、神木县 | 王绎兴 | 15229726110 |
| 刘浩 | 15596090212 |
| 清涧县、绥德县、  米脂县、吴堡县、子洲县 | 贺浪 | 15291236328 |
| 霍海杰 | 17365632181 |
| 高帅帅 | 15929129768 |
| 霍强强 | 15596520201 |
| 曹飞 | 18609182991 |