外伤无第三方责任承诺书（暨调查授权书）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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** | | |
| **承诺及授权内容：**  本人**（是否同意）** 授权厦门市医疗保障中心通过走访、部门间协查、信息共享等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；本人**（是否同意） 厦门市医疗保障中心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 （详细地点）因 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（事发经过），前往就医方式为 □自行 □120救护车 □其他 ，□有 □无 报警记录。**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（授权人）本人手写签名。患者本人无法签字的，在第三人**愿意承担相应法律责任**的情况下，可由第三人代签，并填写**代签人信息**。  **承诺人/代签人签字： （加盖手印）**  **日期： 年 月 日**  **（代签人信息：姓名 身份证号 联系方式 ）** | | | |

**说明：**本《外伤无第三方责任承诺书（暨调查授权书）》**背面**需附承诺人（授权人）及**代签人**有效身份证件复印件。