附件3

**楚雄州医疗保险非自然疾病住院备案登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 | | |  | 联系电话 | |  |
| 个人编号 |  | | | 身份证号 | | | |  | | |
| 就诊医院 |  | | 入院时间 | | |  | | 住院号 | |  |
| 住院科室 |  | | 床号 | |  | | 参保类别 | | 1、职工 2、居民 | |
| **重 要 提 示**  根据《中华人民共和国社会保险法》，以下费用医疗保险不予支付：①应当从工伤保险基金支付的；②应当由第三人负担的；③应当由公共卫生负担的；④在境外就医的。**患者本次住院属上述四种医疗保险不予支付的任一情形的，无需填写此表。**  填表时患者必须如实陈述导致本次非自然疾病住院的意外事故发生的时间、地点、详细经过，并作出郑重承诺。若经查实或被举报意外事故发生的事实与本人陈述不一致或存在欺诈骗取医疗保险基金行为的，相关责任由患者承担；若医院存在为患者故意隐瞒事实套取医保基金的，按医疗保险服务协议相关条款处理，并视情节追究相关法律责任。 | | | | | | | | | | |
| 患者非自然疾病事实陈述（时间、地点、原因及过程）：              陈述人： 时间： | | | | | | | | | | |
| 个 人 承 诺  本人承诺上述引起本次非自然疾病住院事故发生的详细经过属实，并承诺本次发生的意外事故与工伤保险和第三人无关，医疗费用无第三方支付的情形。若存在隐瞒事实，或被举报、投诉，经查实与实际情况不符，本人将在五日内，以医保基金报销金额的2至5倍退还冒领、骗取的医保费用，并承担相应的法律责任!  附：1、全国人民代表大会常务委员会关于《中华人民共和国刑法》第二百六十六条条司法解释规定：以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取养老、医疗、工伤、失业、生育等社会保险金或其他社会保险待遇的，属于《刑法》第266条规定的诈骗公私财物的行为。  2、《中华人民共和国社会保险法》第八十八条规定：以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取社会保险待遇的，由社会保险行政部门责令退回骗取的社会保险金，处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款。  承诺人（本人或家属）签名： （指印）  承诺人与患者关系： 承诺人身份证号码：  承诺人联系电话： 承诺时间： | | | | | | | | | | |
| 接诊医生及科室诊断意见：  医生签名： 科室负责人签名： 时间： | | | | | | | | | | |
| 医院医保办意见：  经核实，患者 本次非自然疾病入院意外事故发生的经过、事实，住院病历记录与患者本人陈述一致。依据以上事实，医保办意见为：  （签章）  年 月 日 | | | | | | | | | | |