表23：基本医疗保险意外伤害个人承诺书

<table>
<tr><td>姓　名</td><td></td><td>身份证号码</td><td></td><td>性别</td><td></td><td>出生年月</td><td></td></tr>
<tr><td>联系人</td><td colspan="3"></td><td>联系方式</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>家庭住址</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>参保险种</td><td colspan="7">☐ 职工医保　　☐ 城乡居民医保</td></tr>
<tr><td>参保单位
或所属街道</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>入院诊断</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>病区</td><td></td><td>床号</td><td></td><td colspan="2">住院号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">住院报告</td><td colspan="7">参保人姓名　　,于　　年　　月　　日　　时　　分在
_____地点受伤，受伤</td></tr>
<tr><td colspan="7">原因及经过：</td></tr>
<tr><td colspan="8">声明：_____。
（如：本人如实提供以上报告材料并同意予以网上公示。此次意外事故不存在他方责任、工伤事故，如有隐瞒或欺骗，愿承担相关的法律责任。）
参保人（或代理人）签名及指纹：
代理人身份证号码：
年　　月　　日</td></tr>
</table>

备注：1.相关情况将在受理后5个工作日内在市医保局网站上进行公示，公示期为5个工作日；
2.非参保人本人填写的，代理人需携带社会保障卡或居民身份证原件。