附件2

基本医疗保险基金先行支付医疗费用申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 身份证号 |  | 参保险种 | 职工医疗保险□ 居民医疗保险□ |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 用人单位或家庭详细地址 |  |
| 代办人基本情况 |
| 姓名 |  | 与申请人关系 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 申请事由 | 申请人 ，于 年 月 日，因   原因，发生医疗费用，经  认定为第三人责任，属下列第 项情形，故向 医保经办机构申请医疗保险基金先行支付相关医疗费用。（一）无法确定第三人；（二）已确定第三人，通过法律和其他途径，已证明第三人无能力支付相关医疗费用；（三）已确定第三人，通过法律和其他途径催讨，第三人拒不支付相关医疗费用；（四）其他情形。 |
| 申请人承诺 |  本人承诺：已知晓医疗保险基金先行支付的相关政策规定，申请书中所填内容及提供的相关证明材料均真实有效；若今后从第三人处获得医疗费用，将主动在10个工作日内将医疗保险基金先行支付的医疗费用退还给 医保经办机构；若以欺诈、伪造或其他手段骗取医疗保险基金，本人愿意承担一切法律责任。申请人（或代办人）签字： 年 月 日  |
| 审核意见 | 审核人意 见 | 经审核， 发生的医疗费用，符合基本医疗保险基金先行支付相关政策规定，基本医疗保险基金先行支付  元（大写金额 ）。审核人签字： 年 月 日 |
| 经审核， 发生的医疗费用，不符合基本医疗保险基金先行支付相关政策规定。 审核人签字： 年 月 日 |
| 审核部门意 见 | 审核部门负责人签字： 年 月 日 |
| 审批意见 | 医保经办机构负责人签字： 年 月 日 |