

附件

济南市大学生基本医疗保险 参保人意外伤害门诊手工报销承诺书

姓名		身份证号码	
联系方式		诊断	
治疗发生日期		治疗结束日期	
意外伤害经过			
承诺事项			
<p>本人承诺造成本次的意外伤害，不存在以下任何一种情形：</p> <ol style="list-style-type: none">1. 有第三方的赔偿；2. 因自杀、自残或者犯罪所致。 <p>如果承诺事项不属实，自愿退还本次费用的报销金额，并承担相应的法律责任。</p>			
<p>承诺人：</p> <p>年 月 日</p>			

注：承诺人需在本人签名上按手印。