附件1

**南京市城乡居民（大学生）医疗保险零星报销登记表**

表格外不用同学们填写

受理流水号： 受理人： 审核人： 受理时间：

|  |
| --- |
| 人员基础信息 |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 险种 | 大学生医保 |
| 社保卡号 | 不用填写 | 身份证号码 |  | 人员类别 | 大学生 |
| 单位名称 | 南京邮电大学 院 | 联系电话 |  |
| 本次受理信息 |
| 医院类别（南京外、南京本地） |  | 医疗类别（普通门诊、门精、门诊大病、住院） |  |
| 发票数量 |  | 票据总金额 |  |
| 附件 | □费用清单 □门诊病历 □出院小结 □转诊证明□身份证复印件 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 备注： | 在南京外就医时，我提前办理了“异地就医备案”--是 否 （打钩） |
|  **个人承诺书**本人承诺以上内容及所提供的医疗费用等材料真实有效，且未享受过就医地的职工医保、居民医保、新农合的医疗保险待遇。如有虚假，由此产生的一切后果及法律责任由本人承担。以上信息已核对无误。申请人（代办人）： 年 月 日 |

附件2

 医疗费电子发票报销承诺书

姓名：

身份证号：

本人因 于 年 月 日至 年 月 日在 医院接受治疗，总费用： 。由于该机构只提供电子发票，且该发票已被多次下载、打印，为保证电子发票的真实性和唯一性，本人做以下承诺：

1. 本人承诺以上信息属实；
2. 本人承诺就诊记录属实；
3. 本人承诺本发票未在其它地方报销；
4. 本人承诺愿意承担因若上述内容不属实而造成的所有法律责任和经济损失。

承诺人签字：

联系电话：

 年 月 日

附件3 第三方城市异地就医情况说明

栖霞区社保中心：

我是南京邮电大学 学院学生 ，身份证号码 .

(简述就诊经过以及为什么在没有办理异地就医备案或转诊的情况下至非户籍地、非长期居住地、非长期学习地、非父母工作地就医)

本人已知晓未按规定办理异地就医、转诊手续，直接到参保地外异地就医的，基本医疗保险、大病保险支付比例在本市相应支付比例的基础上，降低20%。

本人签字

年 月 日

附件4 参保人个人承诺书（外伤）

一、人员情况

姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 年龄：\_\_\_\_\_\_

社保卡号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 单位：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

二、就诊情况

就诊类别和金额：

□门诊\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_；□住院\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_；

就诊时间和医院：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_；

医疗费用发生时医保缴费状态：□正常□不正常

三、外伤情况

1、外伤发生时间和地点\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2、外伤发生原因：□交通事故 □民事纠纷 □其他

3、外伤发生有无第三方责任人：□无 □有（责任比例\_\_\_\_\_）

**四、情况简述**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**五、个人承诺**

**本人郑重承诺，以上所填内容完全属实，如有隐瞒、伪造、弄虚作假，愿负一切法律责任。**

当事人或家属签字（手印）：

联系电话： 年 月 日

# 附件5

# 异地无医疗保险承诺书

姓名 ，身份证号码

本人申请南京市城乡居民医疗费用报销，本人承诺2023年度在异地未参加城镇职工***/***居民基本医疗保险（新型农村合作医疗保险）。如出现与承诺不符情况后果自负。

承诺人：

 年 月 日