附件1

广州市社会医疗保险基金

先行支付申请书

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 参保人信息 | 姓名 |  | 性别 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 近亲属（代办）信息 | 姓名 |  | 性别 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 申请原因 |  参保人，于 年 月 日，因造成伤病，经认定为第三人侵权，属以下第（ ）项情形，向广州市社会保险经办机构申请社会医疗保险基金先行支付医保待遇：1、无法确定第三人；2、已确定第三人，但第三人无能力支付相应的医疗费用；3、已确定第三人，但经多人催讨，第三人仍拒绝支付全部或部分医疗费用；4、依法经仲裁、诉讼确定第三人及其应承担的医疗费用，但法院执行困难的；5、其他情形。 |
| 申请事项 |  本人或近亲属现向广州市医疗保险服务中心增城分中心提出广州市社会医疗保险基金先行支付申请。 |
| 申请人承诺 | 本人了解广州市社会医疗保险基金先行支付的相关政策，对申请书中所填的内容真实性负责，到目前为止尚未获得赔偿或获得部分赔偿；并承诺今后若获得第三人赔偿相关医疗费用，本人要在获得赔偿后10个工作日内，主动到广州市社会医疗保险经办机构办理基本医疗保险待遇先行支付费用退还手续。若隐瞒第三人赔偿情况的，贵单位可依法对我进行处罚；若不退还的，可依法向我进行追偿。若有虚报、冒领或骗取社会保险基金，愿意承担一切法律责任。 本人或近亲属签名（指印）： 联系地址： 年 月 日 |
| 医保经办机构意见 |  年 月 日 |

附件2

广州市社会医疗保险基金先行支付承诺书

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 承诺单位/人 |  | 联系电话 |  |
| 证件类型 | □身份证□其他  | 证件号码 |  |
| 申请事项 | 医保基金先行支付 |
| 承诺内容：本单位/本人同意授权广州市医保经办机构通过信息共享方式查询本单位/本人与办理医保业务相关的信息，承诺所提供材料均为真实合法，符合办理业务条件，如伪造材料或以任何方式骗取社会医疗保险待遇的，本单位/本人愿意承担一切后果；同意广州市医保经办机构将本单位/本人虚假行为上报和纳入信用管理体系，并就本次办理业务的其他承诺内容陈述如下：一、受伤过程：（简单描述发生经过）    二、本人承诺在医保先行支付相应医疗费用之后第三人得以确认，并且支付相应费用给参保人的，参保人应将医保基金先行支付的费用归还广州市社会医保基金；如第三人被确认后不支付的，参保人应将相关情况主动告知并提供相应材料至广州市医疗保险服务中心增城分中心。若隐瞒第三人赔偿情况的，贵单位可依法对我进行处罚；若不退还的，可依法向我进行追偿。若有虚报、冒领或骗取社会保险基金，愿意承担一切法律责任。**温馨提示：1.反欺诈法律提示：以虚构劳动关系、伪造证明材料或者其他手段骗取基本医疗保险待遇和生育保险待遇的，属于刑法第二百六十六条规定的诈骗公私财物的行为，将依法追究刑事责任。****2.此表可现场填写，单位承诺需盖公章，个人承诺由本人手写签名。** 承诺单位/人（盖章/签名）：日期： 年 月 日 |