**意外伤害情况说明及医疗费用报销申请**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 身份证号 |  |
| 家庭住址 |  | 联系电话 |  |
| 意  外  伤  害  经  过 |  | | |
| 赔偿情况 |  | | |
| 本人已知晓以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取养老、医疗、工伤、失业、生育等社会保险金或者其他社会保险待遇的，属于《中华人民共和国刑法》第二百六十六条规定的诈骗公私财物的行为。现承诺上述意外受伤经过情况属实，如有隐瞒所有报销的医疗费用全部退回，并承担由此产生的法律责任。  申请人：  年 月 日 | | | |