

表二：

## 重庆市沙坪坝区医保病人外伤登记表

姓 名		性 别		年 龄	
身份证号码					
医保类别	职工医保 ( ) 居民医保 ( )		联系电话		
诊治医院			出院诊断		
受伤时间： ____ 年 ____ 月 ____ 日 ____ 时					
受伤地点： ____ 省 ____ 市 ____ 区 (县) ____ 街道 (镇) _____ (具体地点)					
受伤部位： _____					
受伤原因及经过：					
_____					
_____					
_____					
_____					
_____					
_____					
_____					
本人承诺以上情况属实，否则将自愿承担相应责任和后果。					
本人 (或受托人代签) 签字：					
受托人与本人关系：					
年 月 日					
备注： 补充证明材料请粘贴在背面					