**证明事项告知承诺书**

申请事项名称：基本医疗保险待遇核准支付

 证明事项名称:意外伤害无第三方责任人证明

1. 基本信息

(一)申请人（承诺人）

姓名(或单位):     联系方式:

证件类型:      证件编号:

(二)受理单位

名称: 黄山市医疗保障基金管理中心   联系方式: 2539958

二、受理单位告知

(一)证明事项名称

意外伤害无第三方责任人证明。

(二)证明用途

 申报基本医疗保险待遇。

 (三)设定证明依据

 《安徽省医疗保障经办政务服务事项清单及办事指南》

(四)证明的内容

 **意外伤害系本人原因造成，无第三方责任人。**

(五)承诺的效力

 申请人书面承诺已经符合告知证明内容中提出的条件、要求，并愿意承担不实承诺的法律责任后，受理单位（或审批单位）不再索要有关证明而依据书面承诺办理相关事项。

(六)不实承诺的责任

证明事项告知承诺失信行为信息纳入安徽省公共信用信息目录，对故意隐瞒真实情况、提供虚假承诺办理有关事项的，依法作出如下处理：

 **依据省政府令第284号《安徽省基本医疗保险监督管理暂行办法》，骗取医疗保险待遇的，责令退回骗取的基本医疗保险基金，并处骗取金额2倍以上5倍以下的罚款。涉嫌犯罪的，应依法移送有关机关查处。**

三、申请人承诺

 申请人现作出下列承诺:

  **(一)已经知晓并理解受理单位告知的全部内容；**

**(二)已符合受理单位告知的条件、要求，具体是:**

**申请人 ，因 ，造成意外伤害。 年 月 日至 年 月 日在 医院就医，本次意外伤害系本人原因造成，无第三方责任人。**

 **(三)愿意承担不实承诺的法律责任。**

 上述承诺是本人的真实意思表示。

 申请人签名:           受理单位(公章):

日期:            日期:

(本文书一式两份，受理单位与申请人各执一份。)

说明：当受理机构与审批机构不一致时，本告知承诺书由审批机构授权受理机构代为签章，并代为履行告知义务。