|  |
| --- |
| 长沙市芙蓉区医保参保人员意外伤害审批表 |
| 参保人员姓名 |  | 身份证号码 |  |
| 工作单位/家庭住址 |  |
| 联系电话 |  |
| **个人申报报告**意外发生时间:意外发生地点：意外发生经过：本人或家属签名(家属需注明关系):  年 月 日证明人： 1. 姓名： 身份证号码： 联系电话：2. 姓名： 身份证号码： 联系电话： |
| **城镇职工单位参保**单位核实意见（盖章）：经办人： 年 月 日 | **灵活就业、城市居民个人参保**社区（村）核实意见（盖章）：经办人： 年 月 日  |