|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | |