

附件 2

基本医疗保险异地就医备案个人承诺书

姓名		性别		联系电话		
身份证件号码			参保地		就医地	
人员类别	<input type="checkbox"/> 异地安置退休人员 <input type="checkbox"/> 异地长期居住人员 <input type="checkbox"/> 异地长期居住人员 <input type="checkbox"/> 常驻异地工作人员 <input type="checkbox"/> 临时外出就医人员 <input type="checkbox"/> 异地转诊就医人员 <input type="checkbox"/> 其他跨省临时外出就医人员					
参保地异地就医备案告知书						
<p>承诺事项：</p> <p>本人申请办理异地就医备案业务，已阅读并知晓《备案告知书》所述内容，同意遵守相关规定。因个人原因无法提供异地就医备案相关证明材料，本人保证符合此业务办理条件，所述信息真实、准确、完整、有效，愿意接受信息共享查询核验，由此产生的一切经济损失和法律责任均由本人承担。</p> <p style="text-align: right;">承诺人（签名、指印）：</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>						
说明	本表由参保人员填写，由医保经办部门存档。					