

## 表4：绑定家庭成员承诺书

本人（姓名：\_\_\_\_\_，身份证号：\_\_\_\_\_）  
承诺符合办理医保电子凭证亲情账户绑定业务。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，由此产生的一  
切法律责任均由本人承担。

承诺人（签名）：

日期： 年 月 日