

# 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 |     |  |
| 身份证号码                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                        |    | 参保地 |      | 就医地 |  |
| 人员类别                                                                                                                                                                                                   | <div><input type="checkbox"/> 异地安置退休人员</div> <div><input type="checkbox"/> 异地长期居住人员</div> <div><input type="checkbox"/> 常驻异地工作人员</div> |    |     |      |     |  |
| <div>参保地异地就医备案告知书</div> <div>1.参保人应在出院结算前办理异地就医备案。</div> <div>2.异地就医备案可在线办理，请选择对应的备案类型填写办理材料。</div> <div>3.异地就医时持身份证或医保电子凭证或社会保障卡就医。</div>                                                             |                                                                                                                                        |    |     |      |     |  |
| <div>承诺事项：</div> <div>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。</div> <div>承诺人（签名、指印）：</div> <div>年 月 日</div> |                                                                                                                                        |    |     |      |     |  |
| 说明                                                                                                                                                                                                     | 本表由参保人员填写，由医保经办部门存档，两年内不得销毁。                                                                                                           |    |     |      |     |  |