附件4

个人承诺书样式

样式1

个人承诺书

 （经办机构名称）：

本人 （身份证号码： ），办理 业务。因个人原因 无法提供 证明，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。

联系电话：

通讯地址：

承诺人（签名、指印）：

 年 月 日

样式2

个人承诺书

 （经办机构名称）：

本人 (身份证号 ), 办理 业务，由于个人原因，丢失以下发票原件，共 张：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **发票名称** | **发票金额** | **发票日期** | **发票号** | **备注注** |
|  |  |  |  年 月 日 日 |  |  |
|  |  |  |  年 月 日 |  |  |
|  |  |  |  年 月 日 |  |  |
|  |  |  |  年 月 日 |  |  |
|  |  |  |  年 月 日 |  |  |
|  |  |  |  年 月 日 |  |  |
|  |  |  |  年 月 日 |  |  |

本人保证本次医疗费用未享受医疗保险待遇，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。

联系电话：

通讯地址：

承诺人（签名、指印）：

 年 月 日

样式3

个人承诺书

 （经办机构名称）：

本人 （身份证件号码 ），工作单位： ，配偶 （身份证件号码： ）无工作单位，办理职工生育医疗费用支付业务，本次发生的生育医疗费用符合国家和自治区计划生育规定，未享受职工生育保险及城乡居民基本医疗保险报销。

本人保证所述信息真实、准确、完整、有效，由此产生的一切法律责任均由本人承担。

**联系电话：**

**通讯地址：**

承诺人（签名、指印）：

年 月 日

样式4

个人承诺书

 （经办机构名称）：

本人 （身份证件号码 ），办理 业务，因个人原因无法相应证明材料：

1. 异地安置退休人员备案提供异地安置认定材料（“户口簿首页”和本人“常住人口登记卡”）。
2. 异地长期居住人员备案提供长期居住认定材料（如本人或所投靠亲属的异地户籍证明、居住证、房产证明、租房合同任选其一）。
3. 常驻异地工作人员备案提供异地工作证明材料（参保地工作单位派出证明、异地工作单位证明、工作合同任选其一）。

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。

**联系电话：**

**通讯地址：**

承诺人（签名、指印）：

年 月 日

样式5

个人承诺书

 （经办机构名称）：

本人 （身份证件号码 ）于 年 月 日因 受伤在定点医疗机构 发生（□住院□急诊留观）医疗费用，办理医疗费用报销业务，无法提供交警事故认定书、法院判决书、调解协议书等公检法部门出具的相关证明材料，本次意外伤害不存在个人违反交通法规、工伤及第三人责任的情形，医疗费用符合基本医疗保险基金支付范围。

本人保证所述信息真实、准确、完整、有效，由此产生的一切法律责任均由本人承担。

**联系电话：**

**通讯地址：**

承诺人（签名、指印）：

年 月 日