附件2

基本医疗保险跨省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 | 异地安置退休人员  异地长期居住人员  跨省异地长期居住人员 常驻异地工作人员  跨省临时外出就医人员 异地转诊就医人员  其他跨省临时外出就医人员 | | | | | |
| 参保地跨省异地就医备案告知书  （由参保地经办机构填写） | | | | | | |
| **承诺事项：**  本人申请办理跨省异地就医备案业务，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。  承诺人（签名、指印）：    年 月 日 | | | | | | |
| 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。 | | | | | |