长期居住人员个人承诺书

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **联系电话1** |  |
| **身份证号** |  | **联系电话2** |  |
| **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 ○常驻异地工作人员 |
| **告知事项** | 以个人信用为担保申办异地长期居住人员备案的，需在备案开始日期后15个自然日内向医保经办机构补充符合规定的备案证明材料。未能在15天内补齐材料的，医保部门将撤销备案，并且参保人不再享受承诺制备案服务。 |
| **承诺事项** | 本人承诺确因工作或居住需要前往异地城市，但因无法即时提供异地居住证明材料，现以个人信用为担保，申请办理异地就医备案，承诺在备案开始日期后15个自然日内向医保经办机构补充符合规定的备案证明材料。 |
| 本人承诺：1. 本人承诺确因工作或居住需要前往异地城市，但因无法即时提供异地居住证明材料，现以个人信用为担保，申请办理异地就医备案，承诺在备案开始日期后15个自然日内向医保经办机构补充符合规定的备案证明材料。
2. 本人已阅知并同意参保地告知事项和承诺事项的全部内容，并承诺属于适用情形；

（三）如有不实，本人愿意承担相关法律责任和失信后果；【相关行为纳入信用信息共享平台或其他相关信息公开系统，暂停医疗费用联网结算等】（四）本人已知晓基本医疗保险相关政策，异地就医过程愿意遵守相关规定；（五）上述承诺是本人真实意思的表示。 本人签字： 　年　　月　　日 |
| **说明：**本表由参保人填写，由医保经办部门存档，两年内不得销毁。 |

长期居住人员个人承诺书

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **联系电话1** |  |
| **身份证号** |  | **联系电话2** |  |
| **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 ○常驻异地工作人员 |
| **告知事项** | 以个人信用为担保申办异地长期居住人员备案的，需在备案开始日期后15个自然日内向医保经办机构补充符合规定的备案证明材料。未能在15天内补齐材料的，医保部门将撤销备案，并且参保人不再享受承诺制备案服务。 |
| **承诺事项** | 本人承诺确因工作或居住需要前往异地城市，但因无法即时提供异地居住证明材料，现以个人信用为担保，申请办理异地就医备案，承诺在备案开始日期后15个自然日内向医保经办机构补充符合规定的备案材料。 |
| 本人承诺：（一）本人承诺确因工作或居住需要前往异地城市，但因无法即时提供异地居住证明材料，现以个人信用为担保，申请办理异地就医备案，承诺在备案开始日期后15个自然日内向医保经办机构补充符合规定的备案证明材料。（二）本人已阅知并同意参保地告知事项和承诺事项的全部内容，并承诺属于适用情形；（三）如有不实，本人愿意承担相关法律责任和失信后果；【相关行为纳入信用信息共享平台或其他相关信息公开系统，暂停医疗费用联网结算等】（四）本人已知晓基本医疗保险相关政策，异地就医过程愿意遵守相关规定；（五）上述承诺是本人真实意思的表示。

|  |
| --- |
| 代办人承诺：本人受异地就医备案人员委托，已阅知并同意委托人参保地规定的承诺事项，提供情况属实，愿意接收信息共享查询核验，承担相关法律责任。代办人签字：代办人身份证号码：代办人联系方式： |

 　年　　月　　日 |