|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | □异地安置退休人员  □异地长期居住人员  □常驻异地工作人员 | | | | | |
| 参保地异地就医备案告知书（由参保地经办机构填写）  异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员备案有效期内确需回参保地就医的，可以在参保地享受医保直接结算服务，其中参保人员以个人承诺方式办理异地长期居住人员备案手续的，可在就医地按规定享受待遇，补齐相关备案材料后在备案地和参保地双向享受医保待遇。 | | | | | | | |
|
|
|
|
|
| 承诺事项：  本人申请办理异地就医备案业务，己阅读并知晓《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。 | | | | | | |