|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 承诺人 |  | 联系电话 |  |
| 证件类型 |  | 证件号码 |  |
| 申请事项 | 城乡居民医保参保登记 | | |
| 承诺内容：  本单位/本人同意授权广州市医保经办机构通过信息共享方式查询本单位/本人与办理医保业务相关的信息，承诺所提供材料均为真实合法，符合办理业务条件，如伪造材料或以任何方式骗取社会医疗保险待遇的，本单位/本人愿意承担一切后果；同意广州市医保经办机构将本单位/本人虚假行为上报和纳入信用管理体系，并就本次办理业务的其他承诺内容陈述如下：  □本人为广州市行政区域内中小学校（含市管中等职业学校）的全日制在校学生（学校：  年级： 班别： ），现申请参加 年度广州市城乡居民社会医疗保险。  □本人于 年 月取得广州市户籍，现申请参加 年度广州市城乡居民社会医疗保险。  □本人于 年 月停止享受□广东省直医保、□广州市直医保、□广州市区直医保（或区公费医疗）待遇，现申请参加 年度广州市城乡居民社会医疗保险。  □本人于 年 月□退伍、□复员、□转业，现申请参加 年度广州市城乡居民社会医疗保险。  □本人于 年 月□刑满释放、□解除强制戒毒，现申请参加 年度广州市城乡居民社会医疗保险。  □本人于 年 月确诊为严重精神障碍，现申请参加 年度广州市城乡居民社会医疗保险。  监护人承诺：  □本人姓名 ，证件号码 ，与 ，证件号码 是 （如父女、母子等）关系，承诺 为广州市行政区域内中小学校（含市管中等职业学校）的全日制在校学生（学校： 年级： 班别： ），现申请参加 年度广州市城乡居民社会医疗保险。  □本人姓名 ，证件号码 ，与 ，证件号码 是 （如父女、母子等）关系，承诺 于 年 月确诊为严重精神障碍，现申请参加 年度广州市城乡居民社会医疗保险。  根据《广州市社会医疗保险条例》第十四条：“参保人员不得同时参加本统筹地区的职工社会医疗保险和城乡居民社会医疗保险，也不得同时参加本统筹地区和其他统筹地区的社会医疗保险。”及第二十九条：“……参保人员依法缴纳的社会医疗保险费一经缴纳，不予退还……。” 本人郑重承诺：目前未在除广州行政区域以外的其他统筹地区参加社会医疗保险或享受社会医疗保险待遇；参加广州市城乡居民社会医疗保险并成功缴费后，不申请办理该年度广州市城乡居民社会医疗保险退费手续。  **温馨提示：1.反欺诈法律提示：以虚构劳动关系、伪造证明材料或者其他手段骗取基本医疗保险待遇和生育保险待遇的，属于刑法第二百六十六条规定的诈骗公私财物的行为，将依法追究刑事责任。2.此表可现场填写，个人承诺由本人手写签名。**  承诺人（盖章/签名）：  日期： | | | |

个人承诺书