泰安市基本医疗保险待遇业务承诺书

本人姓名（按手印） 身份证号：

现申请办理 业务，特此承诺：

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（居住、工作、就医）真实、准确、完整、有效，所提供的材料真实有效。在享受医疗保险报销后，如有不实，不符合基本医疗保险报销规定的，自动向医疗保险经办机构如数退还所报销款项，并接受相关处罚，由此产生的一切法律责任均由本人承担。

我已了解相关政策，如申请办理异地安置（居住、长驻工作）备案业务，承诺6个月内不申请办理备案终止登记。

年 月 日