承 诺 书

患者姓名： ,身份证号码为： ，

电子票据号码:

现郑重承诺如下：

没有在外地报销职工医保和城乡居民医保，没有就本次发票进行重复报销，本人承诺提供的报销材料真实，如有伪造、欺诈、隐瞒等情形，本人愿意承担一切法律责任。

承诺人/代办人（签名）： 联系电话：

代办人身份证号：

2022年 月 日