

表 2：绑定近亲属承诺书

我本人承诺符合办理职工医保个人账户家庭共济关系绑定业务条件，被授权人是我的近亲属。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，由此产生的一切法律责任均由本人承担。

温馨提示：广东省职工参保人员遵循自愿原则，授权其近亲属使用本人个人账户用于支付符合规定的费用。

承诺人/授权人（签名）：

日期：