

表 8：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	<input type="checkbox"/> 异地安置退休人员 <input type="checkbox"/> 异地长期居住人员 <input type="checkbox"/> 常驻异地工作人员				
<p>参保地异地就医备案告知书</p> <p>1.参保人应在出院结算前办理异地就医备案。2.异地就医备案可在线办理，请选择对应的备案类型填写办理材料。3.异地就医时持医保电子凭证或社会保障卡就医。（参保地可结合实际修改完善）</p>					
<p>承诺事项：</p> <p>本人申请办理异地就医备案业务，已阅读并知晓《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。</p> <p>承诺人（签名、指印）：</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>					
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。				