

西安市医疗(生育)保险使用电子发票 零星报销个人承诺书

本人(姓名): _____, 身份证号: _____
现申请 _____ 医疗机构 _____ 年 _____ 月 _____ 至
_____ 年 _____ 月 _____ 日的住院/门诊医疗费用(电子发票)进行报销,
发票号码为 _____, 共计票据 _____ 张, 合计: _____ 元。

本人保证申报费用符合此业务办理条件, 所述信息真实、
准确、完整、有效, 不存在重复申报, 如有虚假愿意承担一切法
律责任。

承诺人(签名、指印):

联系电话:

年 月 日