

医疗费用零星报销个人承诺书

本人_____（身份证号码：_____），
于_____年___月___日至_____年___月___日在_____医院就诊，发生属于情况_____的医疗费用：

情况一：因_____

_____，
没有在医保定点医院直接结算，医疗费用全额自付，本人承诺今后将严格按照医保规定，办理相关医保手续，费用在定点医院直接结算。

情况二：因_____

_____，
受伤，本人承诺本次所受外伤（中毒）不属于“犯罪、打架、斗殴、酗酒、吸毒、自杀、自伤自残、交通事故、医疗事故、工伤所发生的意外及属于第三方责任的情况”范畴，上述受伤（中毒）经过详尽、属实，所提供的外伤（中毒）证明材料完全真实可靠，并对以上内容真实性负责；若有隐瞒、虚报或被举报、投诉，经查实有虚报、冒领、骗取医疗保险基金的行为，本人立即将报销费用退还基本医疗保险基金，并按照《中华人民共和国社会保险法》相关规定承担法律责任。

现申请办理本次住院费用报销业务，本人保证符合业务办理条件，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。

承诺人（签名、指印）：

联系电话：

年 月 日