

附件 2

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	☐异地安置退休人员 ☐异地长期居住人员 ☐异地长期居住人员 ☐常驻异地工作人员					
	☐临时外出就医人员 ☐异地转诊就医人员 ☐其他临时外出就医人员					
参保地跨省异地就医备案告知书 支持参保人员以个人承诺方式办理异地长期居住人员备案手续。参保人应履行承诺事项，在 6 个月内补齐相关备案材料。参保人未履约的，执行未备案异地就医待遇政策。						
备案缺省材料： ☐异地安置认定材料 ☐长期居住认定材料 ☐异地工作证明材料						
个人承诺事项 本人申请办理跨省异地就医备案业务，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。 承诺人（签名、指印）： 年 月 日						
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。					