西安市医疗(生育)保险参保人员丢失住院

医疗费用票据申请报销个人承诺书

本人（姓名）： ，身份证号： ，因 原因，将 医疗机构 年 月 日至 年 月 日的住院医疗费用票据丢失，发票号码为 ，共计票据 张，合计： 元。现申请以发票的存根联（记账联）复印件加盖医院收费章进行医疗保险报销。

本人保证上述内容的真实性，丢失的住院医疗费用收据联（发票联）票据原件未作其他保险报销所用，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