附件

青岛市居住证持有人参加居民医疗保险承诺书

□本人（姓名： ，身份证号： ）持有青岛市公安部门签发的有效期内《山东省居住证》并长期在青岛市居住，未在青岛市以外区域参加职工或居民基本医疗保险，也不享受青岛市以外区域的职工或居民基本医疗保险待遇。现申请参加青岛市居民基本医疗保险，承担相应的居民基本医疗保险登记和缴费义务,并按规定享受青岛市居民基本医疗保险待遇。

□本人（姓名： ，身份证号： ）持有青岛市公安部门签发的有效期内《山东省居住证》，未成年子女（姓名： ，身份证号： ）未在青岛市以外区域参加居民基本医疗保险，也不享受青岛市以外区域居民基本医疗保险待遇。现申请为子女办理青岛市居民基本医疗保险，承担相应的居民基本医疗保险登记和缴费义务，并按规定享受青岛市居民基本医疗保险待遇。

本人郑重承诺，以上申报事项、提供的证件和资料真实、有效。若违反承诺，存在提供虚假信息、重复缴纳基本医疗保险或重复享受医疗保险待遇等行为，本人将退出青岛市居民基本医疗保险，已经享受的医疗保险待遇退还本市社会（医疗）保险经办机构，并按社会（医疗）保险有关规定承担相应法律责任。

申请人（签字）： 子女监护人（签字）：

 年 月 日

本承诺书一式二联，医疗（社会）保险经办机构和申请人各一联