附件4

青岛市医疗保险异地就医承诺书

姓名： 身份证号码：

本人＿＿＿＿于＿＿＿＿年＿＿月＿＿日至＿＿＿年＿＿月＿＿日在＿＿＿＿省（自治区、直辖市）＿＿＿＿市＿＿＿＿区（县）＿＿＿＿＿＿＿（详细地址）□居住/□工作。

本人承诺上述情况属实，否则同意按《中华人民共和国[社会保险法](http://insurance.cngold.org/shebaofa/" \t "http://insurance.cngold.org/c/2016-01-25/_blank)》第八十八条：“以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取社会保险待遇的，由社会保险行政部门责令退回骗取的社会保险金，处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款”的规定处理。

承诺人：

联系电话：

年 月 日

温馨提示：根据《关于全面落实2019年异地就医联网结算重点工作任务的通知》鲁医保发[2019]33号通知有关精神，异地安置人员、异地长期居住人员不能提供异地长期居住材料的，可书面承诺异地居住一定期限（原则上不低于6个月）的纳入报备范围。