附件1

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 | |  | | | 参保地 |  | 就医地 |  |
| 人员类别 | | | 转外异地就医人员 🞎  异地安置退休人员 🞎  异地长期居住人员 🞎  常驻异地工作人员 🞎 | | | | | |
| 人员类别说明：  （一）转外异地就医人员：指按分级诊疗转县外备案就医人员；  （二）异地安置退休人员：指退休后在异地定居的人员；  （三）异地长期居住人员：指在异地居住生活且符合参保地规定的人员；  （四）常驻异地工作人员：指用人单位派驻异地工作且符合参保地规定的人员。 | | | | | | | | |
| 需承诺的事项：  本人所提交的材料及填报的信息真实无误，如因材料或填报信息虚假导致的问题，本人自愿承担全部责任。  本人承诺已阅知并同意参保地规定的承诺事项，提供情况属实，愿接收信息共享查询核验，承担相关法律责任。                                                  备案人本人签字：                                                                      年    月    日 | | | | | | | | |
| 说明 | 本表由参保人填写，由医保经办部门存档，两年内不得销毁。 | | | | | | | |