

# 大同市市直职工门诊电子收费票据无重复报销责任 承诺书

承诺人		联系电话	
证件类型		证件号码	
承诺事项	门诊电子收费票据无重复报销责任承诺书		
<p>承诺内容：</p> <p>本人承诺所提供材料均为真实合法且无重复票据，符合办理业务条件，如提供重复票据或以任何方式骗取医疗保险待遇的，本人愿意承担一切后果；同意 <u>大同市医疗保险管理服务中心</u> 将本人虚假行为上报和纳入信用管理体系，并将已享受的医保待遇全额退回医保，承担相应的法律责任。</p> <p>请在核对以上承诺内容后誊写以下内容并捺印：</p> <p>上述内容我已仔细核对，和我要表达的意思一致。</p> <p>_____（捺印）</p> <p>温馨提示：</p> <p>反欺诈法律提示：以虚构劳动关系、伪造证明材料或其他手段骗取医疗保险待遇和生育保险待遇的，属于刑法第二百六十六条规定的诈骗公私财务的行为，将依法追究刑事责任。</p> <p>此表可现场填写，由承诺人本人手写签字，患者本人无法签字的由其近亲家属代签，并填写身份证号码和联系方式。</p> <p>承诺人（签名捺印）：</p> <p>日期：            年    月    日</p>			