

附件 2

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	
身份证号码		参保地		就医地	
人员类别	<input type="checkbox"/> 异地长期居住人员		<input type="checkbox"/> 异地安置退休人员 <input type="checkbox"/> 异地长期居住人员 <input type="checkbox"/> 常驻异地工作人员		
	<input type="checkbox"/> 临时外出就医人员		<input type="checkbox"/> 异地转诊就医人员 <input type="checkbox"/> 其他临时外出就医人员		
参保地跨省异地就医备案告知书					
支持参保人员以个人承诺方式办理异地长期居住人员备案手续。参保人应履行承诺事项，在 6 个月内补齐相关备案材料。参保人未履约的，执行未备案异地就医待遇政策。					
备案缺省材料：					
<input type="checkbox"/> 异地安置认定材料 <input type="checkbox"/> 长期居住认定材料 <input type="checkbox"/> 异地工作证明材料					
个人承诺事项					
本人申请办理跨省异地就医备案业务，已阅读并知晓《备案告知书》所述内容，同意遵守相关规定。因个人原因无法提供异地就医备案相关证明材料，本人保证符合此业务办理条件，所述信息真实、准确、完整、有效，愿意接受信息共享查询核验，由此产生的一切经济损失和法律责任均由本人承担。					
承诺人（签名、指印）： 年 月 日					
说明	本表由参保人员填写，由医保经办机构存档，两年内不得销毁。				