个人承诺书

（经办机构名称）：

本人 （身份证号 ），工作单位： ，配偶 （身份证号 ）无工作单位，现办理职工生育医疗费用支付业务，本次发生的生育医疗费用未享受职工生育保险及城乡居民基本医疗保险报销。

本人保证所述信息真实、准确、完整、有效，由此产生的一切法律责任均由本人承担。

**联系电话：**

**通讯地址：**

承诺人（签名、指印）：

年 月 日