使用电子票据（发票）申请报销承诺书

 姓名： 身份证号：

 本人现申请医疗/生育费用报销，提供了以下 张电子票据（发票）作为报销凭证：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **票据(发票)代码** | **票据(发票)号码** | **金额（元）** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

本人声明不存在将本次申请的医疗费用票据原件用于重复报销的情况。若有虚报、冒领或骗取医疗保险基金，本人愿意承担全部法律责任。

承诺人（签名及按指纹确认）：

年 月 日