医疗保险费用报销承诺书

朔州市医疗保险服务中心、大额医疗费用补助(大病补充医疗保险)承办商保公司:

本人郑重承诺:严格遵守国家和省、市有关医疗(生育)保险的法律、法规及文件规定。我(代表-\_\_\_\_\_)提交到医保中心医疗费用报销的所有资料均是真实的。如有虚假，我愿意承担由此引起的全部经济和法律责任。

承诺人身份证号码(复印件附后) :

承诺人签名(手印) :

年 月 日

医保部门温馨提示:所提供资料如存在弄虚作假、骗取医保基金行为的，-经查实，医保部门将按《刑法》第266条规定，以涉嫌骗取公私财物罪移送公安等相关司法机关处理!涉及机关、企事业单位的党员干部或其它公职人员，同时移交同级纪委监委进行处理。