

附件：

基本医疗保险长期异地就医备案个人承诺书

(参考式样)

本人姓名_____身份证件号码_____，
办理长期异地就医备案到_____省_____市。因个人原因
无法提供相应的证明材料，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，由此产生的一切法律责
任均由本人承担。



联系电话：

中国医疗保障

通讯地址：CHINA HEALTHCARE SECURITY

承诺人（签名）：

年 月 日