

# 西安市医疗(生育)保险使用电子发票 零星报销个人承诺书

本人(姓名): \_\_\_\_\_, 身份证号: \_\_\_\_\_  
现申请 \_\_\_\_\_ 医疗机构 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 至  
\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日的住院/门诊医疗费用(电子发票)进行报销,  
发票号码为 \_\_\_\_\_, 共计票据 \_\_\_\_\_ 张, 合计: \_\_\_\_\_ 元。

本人保证申报费用符合此业务办理条件, 所述信息真实、  
准确、完整、有效, 不存在重复申报, 如有虚假愿意承担一切法  
律责任。

承诺人(签名、指印):

联系电话:

年 月 日