**承诺书**

**昆明市官渡区医保中心：**

本人\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_因向贵局申报生育保险待遇事宜，特向贵局做以下承诺：

1、提交的电子发票（发票号 ，金额\_\_\_\_\_\_\_\_，开票单位\_\_ \_\_\_\_\_ \_），是**真实的**且**仅在**官渡区医疗保险管理局一个单位进行医保报销，未在其他地区医保局进行过报销。

2、本人知悉，申报职工生育医疗保险待遇手工报销的相关材料，均以首次提交医保经办机构的原始凭证为准，申报人应对其提供材料的真实性、合法性、准确性和完整性、唯一性负责。**本人承诺，本人提交的材料符合前述要求。**

3、本人知悉，参保单位男职工配偶生育或实行计划生育手术，未享受生育保险待遇的可以按规定享受生育医疗费待遇，享受过昆明市及昆明市以外城乡居民医疗保险（含新农合）生育医疗待遇的，按照补差的方式支付生育医疗费。生育医疗费已由其它渠道全额支付的，生育保险基金不再重复支付。**本人承诺本人不存在前述漏报、重复申报的情形。**

**4、**本人知悉，因用人单位少报、漏报、瞒报、迟报参保人员及缴费基数等原因造成职工不能享受生育保险待遇或者待遇受影响的，其责任由用人单位承担，不得事后追补缴费年限。单位和个人**提供不实材料**骗取生育保险基金的，依照《社会保险法》等法律法规的规定处理。**构成犯罪**的，依法追究法律责任。**本人承诺，如本人违反前述规定的，本人将依法承担全部后果、责任。**

5、本人知悉并承诺，如因本人违反前述规定或承诺不实，致使本人或家庭成员在国家征信系统有不良信息记录或无法享受其他保险待遇或国家其他福利待遇的，本人愿意承担所有责任和后果，与贵局无关。

6、如因提交电子发票进行医保报销产生任何法律纠纷或需要进行任何调查的，贵局、司法等国家部门可通过本承诺书记载的通讯信息向我送达法律文书，本承诺书记载的通讯信息真实、合法、有效。

**承诺人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_身份证号码：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_手机号码：\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**配偶：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_身份证号码：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_手机号码：\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

经常居住地：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 承诺日期：\_\_\_年\_\_月\_\_\_日

用人单位（盖章）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

法定代表人签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_年\_\_月\_\_\_日