**承诺书**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 承诺单位/人 | 中山大学南方学院/ | 联系电话 | 61787810/ |
| 证件类型 | 身份证 | 证件号码 |  |
| 统一社会信用代码 | 68146913 |
| 申请事项 | 学生异地医保零报 |
| **以上内容由医生填写，以下住院内容由学生填写** |
| 承诺内容：本单位/本人同意授权广州市医保经办机构通过信息共享方式查询本单位/本人与办理医保业务相关的信息，承诺所提供材料均为真实合法，符合办理业务条件，如伪造材料或以任何方式骗取社会医疗保险待遇的，本单位/本人愿意承担一切后果；**同意广州市医保经办机构将本单位/本人虚假行为上报和纳入信用管理体系，**并就本次办理业务的其他承诺内容陈述如下：兹有中山大学南方学院 级 院 系 班学生，姓名 ，身份证号码 ，户籍 ， 医保卡号 。 因 疾病于 年 月 日 至 年 月 日在 医院住院治疗，共 天，共发生费用 元。此情况发生在（寒假、暑假、节日、病休、实习 ）期间，情况属实。 **温馨提示：1.反欺诈法律提示：以虚构劳动关系、伪造证明材料或者其他手段骗取基本医疗保险待遇和生育保险待遇的，属于刑法第二百六十六条规定的诈骗公私财物的行为，将依法追究刑事责任。****2.此表可现场填写，单位承诺需盖公章，个人承诺由本人手写签名。** 学生签名：审核医生（承诺人）签名： 日期： 年 月 日 |