附件4

**楚雄州医疗保险零星报销个人承诺书**

参保类别：○城镇职工○城乡居民

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 报销人姓名 |  | | 年龄 | |  | 性 别 |  |
| 联系电话 |  | | 身份证号 | | |  | |
| 参保单位或社区 | |  | | | | | |
| 就诊医院 |  | 就诊时间 | |  | | 发票金额 |  |
| 委托人姓名 |  | 与报销  人关系 | |  | | 委托人身份证号码 |  |
| 承诺事项：          本人承诺以上情况属实，若存在隐瞒事实，或被举报、投诉，经查实与实际情况不符，本人将在五日内，以医保基金报销金额的2至5倍退还冒领、骗取的医保费用，并承担相应的法律责任!  附：1、《中华人民共和国刑法》第266条司法解释规定：以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取养老、医疗、工伤、失业、生育等社会保险金或其他社会保险待遇的，属于《中华人民共和国刑法》第266条规定的诈骗公私财物的行为。  2、《中华人民共和国社会保险法》第88条规定：以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取社会保险待遇的，由社会保险行政部门责令退回骗取的社会保险基金，处于骗取金额二倍以上五倍以下的罚款。  承诺人（本人或家属）签名： （指印）  承诺人联系电话： 承诺时间： | | | | | | | |