附件

泰安市基本医疗保险长期异地就医备案

个人承诺书

本人姓名，身份证号码，办理长期异地就医备案。就医地为省市。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（异地居住、生活、工作6个月以上），所述信息真实、准确、完整、有效，由此产生的一切法律责任由本人承担。

联系电话：

通讯地址：

承诺人： （签名）

年 月 日