**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 日至 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