

证明事项告知承诺书

事项名称：基本医疗保险待遇核定（手工报销）

实行告知承诺制的证明名称：无第三方支付证明

经办机构：郑州市医疗保障中心

一、基本信息

（一）申请人（以下内容为二选一）：

1. 申请人为公民

姓名：_____联系方式：_____

证件类型：_____证件编号：_____

2. 申请人为法人或其他组织

名称：_____

统一社会信用代码：_____

联系人：_____联系方式：_____

地址：_____

（二）委托代理人：

姓名：_____联系方式：_____

证件类型：_____证件编号：_____

（三）行政机关（经办机构）：

名称：_____

联系人：_____联系方式：_____

二、行政机关（经办机构）告知

（一）行政事项名称：基本医疗保险待遇核定（手工报销）

（二）证明事项名称：无第三方支付证明

（三）设定证明的依据：《中华人民共和国社会保险法》第三十条第一款规定“下列医疗费用不纳入基本医疗保险基金支付范围：（一）应当从工伤保险基金中支付的；（二）应当由第三人负担的；（三）应当由公共卫生负担的；（四）在境外就医的”；第七十四条第一款规定“社会保险经办机构通过业务经办、统计、调查获取社会保险工作所需的数据，有关单位和个人应当及时、如实提供”；第八十八条规定“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金，处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款”；《全国人民代表大会常务委员会关于〈中华人民共和国刑法〉第二百六十六条的司法解释》规定“以欺诈、伪造证明材料或其他手段骗取养老、医疗、工伤、失业、生育等社会保险金或其他社会保险待遇的，属于刑法第二百六十六条规定的诈骗公私财物的行为”。

（四）证明的内容：XXXX，身份证号为XXXXXXXX。自XXXX年XX月XX日—XXXX年XX月XX日期间，在XXXXXXXX医院住院，产生医疗费用金额XXXXXXXX，此项医疗费用并无第三方支付。（此项作为逻辑展示，申请人无需填写信息）

(五)承诺的方式: 本证明事项采用书面承诺方式。申请人愿意作出承诺的,应当向行政机关(经办机构)提交签章后的告知承诺书原件。(以下内容为二选一)

1. 本证明事项必须由申请人作出承诺,不可代为承诺。

2. 本证明事项可以代为承诺。由委托代理人代替申请人作出承诺的,委托代理人应当一并提交申请人的特别授权书。

(六)行政机关(经办机构)核查权力: 行政机关(经办机构)对申请人作出的承诺将根据不同情形,运用多种方式进行事中事后核查。

(七)不实承诺的责任: 对在日常监管或者核查中发现承诺不实的,行政机关将依法终止办理、责令限期整改、撤销行政决定或者予以行政处罚,并纳入信用记录。涉嫌犯罪的,依法移送司法机关。

(八)承诺书是否公开(以下内容为二选一):

1. 本承诺书将予公开,公开时限: 30天。

2. 本承诺书将不予公开。

三、申请人承诺

申请人现做出如下承诺:

(一) 知晓行政机关(经办机构)告知的全部内容;

(二) 已符合行政机关(经办机构)告知的条件、标准、要求,具体: 本人_____,自____年__月__日至____年__月

日在_____医院发生住院（或急诊并住院），费用金额_____，无第三方支付，符合基本医疗保险报销政策。根据相关法律法规应当据实申报的要求，提出此项个人承诺，申请手工报销，确保以上情况属实，不再提供相关证明；

（三）愿意承担不实承诺的法律责任；

（四）本告知承诺文书中填写的信息真实、准确；

（五）上述承诺是申请人真实的意思表示。

申请人（委托代理人）：

行政机关（经办机构）：

（签字 / 盖章）

（盖章）

年 月 日

年 月 日

本文书一式两份，行政机关（经办机构）、申请人各执一份。