# 西安市（生育）保险使用电子发票零星

# 报销个人承诺书

本人（姓名） ，身份证号码: ，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