附件2

电子发票承诺书

姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ，身份证号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，现申请\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（医疗机构/药店）\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日的门诊医疗费用（电子发票）进行门诊慢性病报销，发票号码为\_\_\_\_\_\_\_\_\_，共计票据\_\_\_\_\_\_\_\_\_张，合计金额：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元。

本人保证所述信息真实、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