

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