**使用电子发票（发票复印件）凭证报销医疗费用告知承诺书**

（202306版）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **发票号** |  | | **金额** |  |
| **住院时间** |  | | **结算时间** |  | | |
| **就诊医院** |  | | | | | |
| **经办机构告知事项** | 医疗收费收据不可重复报销医疗保险或生育保险待遇。重复报销视为骗取社会保险待遇，我中心可依法向你进行追偿，并由医保行政部门上报和纳入信用管理体系。如重复报销款额较大，涉嫌犯罪的，将移送公安机关处理。  《中华人民共和国社会保险法》第八十八条 以欺诈、伪造证明材料或者其它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罚款。  《中华人民共和国社会保险法》第九十四条 违反本法规定，构成犯罪的，依法追究刑事责任。  《中华人民共和国刑法》第二百六十六条 骗取公私财物数额较大的，以诈骗罪追究刑事责任。 | | | | | |
| **个人承诺** | 本人对该电子发票（发票复印件）真实性负责，承诺未在其它地市申报医疗保险、生育保险或新型农村合作医疗待遇，且在中山市报销后不会再到其它地市重复报销。  若隐瞒报销情况的，贵单位可依法对我进行处罚，依法向我进行追偿，若有虚报、冒领或骗取社会保险基金，愿意承担一切法律责任。  □本人 □代办人签名（按捺指印）：  年 月 日 | | | | | |

此表一式两份，一份由医保经办机构归档留存，另一份交由参保人。

**附件**

**电子发票（发票复印件）凭证明细清单**

**□本人 □代办人 签名（按捺指印）： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **就诊时间** | **发票号** | **金额** | **备注** | **序号** | **就诊时间** | **发票号** | **金额** | **备注** |
| 1 |  |  |  |  | 31 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  | 32 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  | 33 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  | 34 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  | 35 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  | 36 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  | 37 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  | 38 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  | 39 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  | 40 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  | 41 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  | 42 |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  | 43 |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  | 44 |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  | 45 |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  | 46 |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  | 47 |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  | 48 |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  | 49 |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  | 50 |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  | 51 |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  | 52 |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  | 53 |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  | 54 |  |  |  |  |
| 25 |  |  |  |  | 55 |  |  |  |  |
| 26 |  |  |  |  | 56 |  |  |  |  |
| 27 |  |  |  |  | 57 |  |  |  |  |
| 28 |  |  |  |  | 58 |  |  |  |  |
| 29 |  |  |  |  | 59 |  |  |  |  |
| 30 |  |  |  |  | 60 |  |  |  |  |

**注意：请按就诊时间顺序填写表格内容。**