长沙市开福区异地就医备案告知承诺书

1. 基本信息
2. **申请人**

姓 名： 联系方式：

证件类型： 证 号：

1. **经办机构**

名 称： 长沙市开福区医疗保障事务中心

联 系 人： 陈思雨 联系方式：0731-84558018/84513039

1. 告知内容
2. **政务服务事项名称**
3. 异地安置退休人员异地就医备案；
4. 异地长期居住人员异地就医备案；
5. 常驻异地工作人员异地就医备案。
6. **证明（证明材料）的内容**

办理异地就医备案业务，需提供社保卡，以及下列资料之一：

1.异地安置退休人员（备案地户籍证明）；

2.异地长期居住人员（备案地居住证、户口本、身份证之一）；

3.常驻异地工作人员（单位外派工作证明）。

1. **设定证明的依据**

《湖南省医疗保障局关于落实全省医疗保障经办政务服务事项清单工作的通知》（湘医保发〔2020〕41号）。

1. **告知承诺适用对象**

本服务事项申请可自主选择是否采用告知承诺替代证明，申请人不愿承诺或无法承诺的，应当提交规定的证明材料。

1. **承诺方式**

本服务事项采用书面承诺方式，申请人愿意作出承诺的，应当向经办机构提交本人签字后的告知承诺书原件或原件扫描件。

1. **承诺效力**

申请人书面承诺已符合告知证明内容中提出的条件、要求，并愿意承担不实承诺的法律责任后，经办机构不再索要有关证明而依据书面承诺办理相关事项。

1. **不实承诺责任**

对执意隐瞒真实情况、提供虚假承诺办理有关事项的，依法依规处理。

1. 申请人承诺

本人于 年 月 日（起）至 年 月 日（止）在 省（自治区、直辖市） 市 区（县）

 （详细地址）□居住/□工作。已认真阅读上述告知内容，详尽知晓异地就医备案告知承诺事项和法律责任的内容，现申请采用书面承诺代替异地安置退休、异地长期居住及常驻异地工作等认定材料，事后按规定完善相关备案认定材料。

本人承诺所述信息均真实、准确、完整、合法，符合办理异地就医备案条件，如伪造材料或以任何方式骗取医保待遇的，本人愿意承担一切法律后果。

承诺人： 经办机构：

（签字盖手印） （盖章）

年 月 日 年 月 日

（本文书一式两份，经办机构与申请人各执一份）