附件3

个人承诺书

（经办机构名称）：

本人 (身份证号 ), 办理依申请医疗救助业务，本人保证本次申请的医疗费用未享受除基本医保、城乡居民大病保险（或职工大额医疗费用补助）外的其他补充医疗保险待遇，所述信息真实、准确、完整、有效，由此产生的一切法律责任均由本人承担。

联系电话：

通讯地址：

承诺人（签名、指印）：

年 月 日