附件3：

证明事项告知承诺书

（常驻异地工作人员异地就医备案）

哈密市医疗保障局：

本人   ，身份证号码    ，

在 工作，因 原因，自  年

月 日起，至 工作或学习，因无法异地工作或学习证明，现做出以下承诺：

1. 已经知晓哈密市医疗保障局告知有关异地安置政策

的全部内容；

2、自身已符合告知的条件、要求；

3、本承诺书填写的基本信息真实、准确，本人愿意承

担不实承诺的法律责任；

1. 本人承诺后可核查方式包括：在线核查、现场核查、

协助核查等，愿意配合对上述内容的调查、核查、核验；

5、上述承诺是申请人真实的意思表示。

申请人：（签字）

日期： 年 月 日