报销承诺书

江西省社会保险管理中心：

参保人员（姓名： 身份证号：

联系电话： ）本人郑重承诺：本次报销票据真实合法有效，填写内容完全属实，如有弄虚作假行为，本人愿退还医疗保险拨付款项及承担由此产生的一切法律责任和后果。

特此承诺。

承诺人（签字）：

年 月 日