异地备案承诺书

（适用于退休人员）

姓名 ，身份证号 。本人因 (原因)，将在 省 市

长期居住。现申请办理医疗保险异地备案，备案医院为

，并同意自备案之日起六个月内不撤销或变更备案。

注：1、该承诺书仅适用于长期在异地居住，且无户籍证明或居住证明的退休人员办理医疗保险异地备案。2、请下载并填写后，交由管理单位办理备案。3、该备案自管理单位系统提交之日起生效，自备案生效之日起六个月后可申请办理撤销或变更。

参保人（签字）：

联 系 电 话：

年 月 日 :