异地备案承诺书

（适用职工医保参保人员）

姓名 ，身份证号码 。本人将在 省 市长期居住。现申请办理医疗保险异地备案，备案医院为 ，本人同意自备案生效之日起六个月内不更换或注销备案。

注： 1、请下载并按内容填写；2、该备案自生效之日起六个月后可申请办理变更或注销；3、异地住院定点医疗机构范围为备案地统筹区内所有可联网结算医疗机构；4、以上所填写备案医院为该参保人异地门诊定点医疗机构。

参保人（签字）：

代办人（签字）：

联 系 电 话：

年 月 日 :