

国家医疗保障局文件

医保发〔2020〕18号

国家医疗保障局关于印发全国医疗保障 经办政务服务事项清单的通知

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团医疗保障局：

为深入贯彻落实党中央、国务院深化“放管服”改革的决策部署，根据《国务院办公厅关于建立政务服务“好差评”制度提高政务服务水平的意见》（国办发〔2019〕51号）的相关要求，聚焦医疗保障民生领域“难点、堵点、痛点”问题，着力实现“群众办事不求人、最多只跑一次”的目标，建立统一规范的全国医疗保障经办政务服务事项清单制度（以下简称清单制度），国家医疗保障局研究制定了《全国医疗保障经办政务服务事项清单》（以下简称全国清单）。现将有关事项通知如下：

一、总体要求

(一) 指导思想。以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，坚持以人民为中心的发展思想，深入贯彻“放管服”改革要求，努力适应新时代中国特色医疗保障制度发展需要，从更好地保障和改善民生出发，以改进医疗保障公共服务为导向，建立完善涵盖全国清单、省级清单的全国医疗保障经办政务服务清单制度，进一步转变工作作风，规范服务方式，提升服务效能，增强服务意识，通过提供全面规范、公开透明、便民高效的医疗保障经办政务服务，不断增强人民群众的获得感、幸福感、安全感。

(二) 目标要求。2020年8月底前，各省级医疗保障部门要认真遵循全国清单的规定内容和格式要求，按照“六统一”（统一事项名称、统一事项编码、统一办理材料、统一办理时限、统一办理环节、统一服务标准）和“四最”（服务质量最优、所需材料最少、办理时限最短、办事流程最简）的要求，全面完成本省清单及办事指南的发布，同步统一规范线上（含移动终端）办理事项，确保2020年8月底前全面实施清单制度。2020年底前，全面建成医疗保障经办政务服务“好差评”制度体系，所有医疗保障经办政务服务事项、医疗保障各级经办服务窗口、各类政务服务平台（含业务系统、热线电话平台、线上服务端、自助服务端等）全部开展“好差评”，实现医疗保障经办政务服务事项全覆盖、评价对象全覆盖、服务渠道全覆盖。

二、基本原则

(一) 强化使命担当。提高政治站位，把制定、发布、实施清单制度作为践行习近平总书记以人民为中心的发展思想，进一步深化“放管服”改革的重要举措，深刻领会建立清单制度的重要意义，切实提供优质、便捷、高效的政务服务，持续推进清单制度实施相关工作，打通中国特色医疗保障制度落地的最后一公里，让群众办事更加透明高效、舒心顺心。

(二) 聚焦问题解决。针对当前医疗保障经办政务服务领域存在的办事流程不够简化规范、参保转移接续和手工报销手续繁琐且时间周期长、异地就医备案不够便捷、经办服务体验不够理想等问题，对照全国清单认真摸底排查，立行立改，切实提升服务质量和水平。

(三) 坚持便民高效。各级医疗保障部门要以全国清单作为医疗保障经办服务的最底线，在全国清单基础上再进一步精简办理材料、简化办理流程、缩短办理时限，大力推行一次告知、一表受理、一次办好，鼓励探索“承诺制”和“容缺受理制”，坚决取消不必要的环节和手续，不设立“其他材料”、“有关材料”等模糊条款，切实提升医疗保障经办服务标准化水平，打造群众满意的医疗保障经办政务服务。

三、组织实施

(一) 夯实主体责任。省级医疗保障部门要根据全国清单制定统一的省级清单，依据省级清单加快制定全省统一的办事指南

(内容包括事项名称、受理单位、服务对象、办理渠道、办理流程、办理材料、办理时限、查询方式、监督电话、评价渠道、办理流程图等)和统一的受理表格。省级医疗保障部门在制定清单时,对不在全国清单的经办政务服务事项,要严格按照“六统一”和“四最”的要求予以规范。省级清单、办事指南及调整内容报国家医疗保障局备案。

(二) 抓好贯彻落实。各级医疗保障部门要将清单和办事指南的发布和实施工作,列入重要议事日程,加强组织领导,细化工作措施,及时向社会公布清单和办事指南,做到形式直观、易看易懂。通过宣传册、宣传海报、门户网站、微信公众号等形式供群众阅读、查询、下载或使用。各级医疗保障部门要加强内部管理,提高办事效率,主动接受社会监督和评价,确保落实到位。

(三) 建立调整完善机制。各级医疗保障部门在清单及办事指南发布后,要根据政务服务事项设定依据的立改废释、机构职能调整、地址变迁、电话更改,以及信息化手段、经办模式升级等情况变化,及时调整和更新清单及办事指南,并指定专人负责清单和办事指南管理工作,及时向社会公布,确保准确规范。

(四) 提高信息化服务水平。各级医疗保障部门要加快全国统一医保信息平台建设,推进部门间数据共享和“互联网+医保”,实现一网通办、一站式联办、一体化服务,逐步将医疗保

障各项经办政务服务事项推送到互联网终端和移动终端，通过“数据多跑路”打通医疗保障经办政务服务的堵点和难点，不断提升政务服务能力水平。

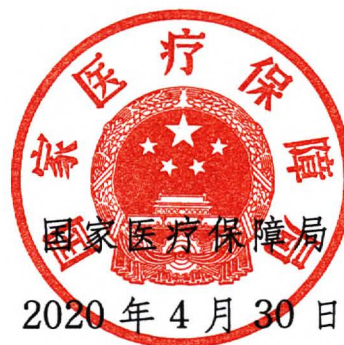
（五）全面建立“好差评”制度。各级医疗保障部门要明确责任标准，畅通评价渠道，用好评价结果，完善保障措施，确保医疗保障经办每个政务服务事项都可评价，每个经办服务窗口、平台和人员都接受评价，每个办事单位和群众都能自愿自主真实评价，每个差评都得到整改，形成评价、反馈、整改、监督全流程衔接，推动医疗保障政务服务质量和水平不断提升。

（六）加强监督评价。国家医疗保障局将及时总结各地贯彻执行清单制度的经验做法，根据实际情况及时对全国清单进行修订和完善；同时，加强对各地的监督评价，将清单制度落实情况作为医疗保障系统行风建设专项评价和规范经办行为监督检查的重要内容，加大明察暗访和曝光力度，及时向全系统通报结果，建立健全追责问责工作机制，督促问题整改落实。省级医疗保障部门要加强清单制度日常监管和跟踪指导，及时妥善处理清单制度执行中的问题，如遇重大事项要及时向国家医疗保障局报告。

联系人及电话：负文博 010-89061314

附件：1. 全国医疗保障经办政务服务事项清单

2. 全国医疗保障经办政务服务事项参考样表



(主动公开)

附件1

全国医疗保障经办政务服务事项清单

主项	主项编码	子项序号	子项	子项编码	办理材料	办理时限	办理环节	备注	设定依据
一、基本医疗保险参保和变更登记	00203600100Y	1	单位参保登记	002036001001	1. 统一社会信用代码证书或单位批准成立的文件 2. 《基本医疗保险单位参保信息登记表》（加盖单位公章）	不超过5个工作日	申请—受理—审核—办结	1. 有条件的地区可通过查询市场监管部门“五证合一”数据获取信息并即时办结 2. 参保登记含新参保、暂停参保、注销登记、单位拆分、合并、分立等相关内容	1. 《中华人民共和国社会保险法》（主席令第35号）第五十七条、第五十八条 2. 《香港澳门台湾居民在内地（大陆）参加社会保险暂行办法》（人力资源和社会保障部、国家医保局令第41号）第二条、第三条、第四条、第十四条 3. 《在中国境内就业的外国人参加社会保险暂行办法》（人力资源和社会保障部令第16号）第三条、第四条
		2	职工参保登记	002036001002	1. 在职职工：①《职工基本医疗保险参保登记表》（含增加、中断、终止、恢复、在职转退休）（加盖单位公章） ②参保人员有效身份证件复印件 2. 灵活就业人员：①有效身份证件 ②《职工基本医疗保险参保登记表》	在职职工不超过5个工作日；灵活就业人员即时办结	申请—受理—审核—办结	1. 特殊人群还需提供：①港澳台人员参加在职职工医保的，需提供港澳居民来往内地通行证或港澳台居民居住证，建立劳动关系的证明②外国人参加在职职工医保的，需提供外国人就业证件及居留证件，或外国人永久居留证③出国定居的，需提供护照或永久居留证④在职转退休的，需提供退休审批材料 2. 有效身份证件包括身份证、居住证、户口簿、护照、港澳居民来往内地通行证、港澳台居民居住证、外国人永久居留证等（下同） 3. 委托办理的，应提供委托人及代理人身份证件原件及委托人授权委托书（下同）	
		3	城乡居民参保登记	002036001003	1. 有效身份证件 2. 《城乡居民基本医疗保险参保登记表》	即时办结	申请—受理—审核—办结		1. 《中华人民共和国社会保险法》（主席令第35号）第二十五条 2. 《香港澳门台湾居民在内地（大陆）参加社会保险暂行办法》（人力资源和社会保障部、国家医保局令第41号）第二条、第三条、第四条、第十四条 3. 《关于印发〈外国人在中国永久居留享有相关待遇的办法〉的通知》（人社部发〔2012〕53号）

		4	单位参保信息变更登记	002036001004	《基本医疗保险参保单位信息变更登记表》 (加盖单位公章)	即时办结	申请—受理— 审核—办结	变更统一社会信用代码、法定代表人等 关键信息的可要求提供必要的对应辅助 材料	1. 《中华人民共和国社会保险法》 (主席令第35号) 第八条、第五十 七条 2. 《社会保险费征缴暂行条例》 (国务院令第259号) 第九条
		5	职工参保信息变更登记	002036001005	1. 医保电子凭证或有效身份证件或社保卡 2. 《基本医疗保险职工参保信息变更登记表》 (关键信息变更加盖单位公章)	即时办结	申请—受理— 审核—办结	变更姓名、性别、身份证号、出生日期 等关键信息的可要求提供必要的对应辅 助材料	
		6	城乡居民参保信息变更登记	002036001006	1. 医保电子凭证或有效身份证件或社保卡 2. 《基本医疗保险城乡居民参保信息变更登记表》	即时办结	申请—受理— 审核—办结		
二、基本医 疗保险参保 信息查询和 个人账户一 次性支取	00203600200Y	7	参保单位参保信息查询	002036002001	单位有效证明文件	即时办结	申请—受理— 办结	单位有效证明文件可包括: 统一社会信 用代码证书或介绍信	1. 《中华人民共和国社会保险法》 (主席令第35号) 第七十四条 2. 《社会保险费征缴暂行条例》 (国务院令第259号) 第十六条
		8	参保人员参保信息查询	002036002002	医保电子凭证或有效身份证件或社保卡	即时办结	申请—受理— 办结		
		9	参保人员个人账户 一次性支取	002036002003	1. 医保电子凭证或有效身份证件或社保卡 2. 《职工基本医疗保险个人账户一次性支取申 请表》	不超过15个 工作日	申请—受理— 审核—拨付— 办结	1. 因死亡支取的提供继承人身份证、 银行卡账户信息, 通过数据共享无法查 询死亡信息的应提供个人承诺书 2. 主动放弃参加职工基本医疗保险的 。需提供主动放弃基本医疗保险的情况 说明	1. 《中华人民共和国社会保险法》 (主席令第35号) 第十四条 2. 《香港澳门台湾居民在内地(大 陆)参加社会保险暂行办法》(人 力资源和社会保障部、国家医保局 令第41号) 第七条 3. 《在中国境内就业的外国人参加 社会保险暂行办法》(人力资源和 社会保障部令第16号) 第五条、第 六条
三、基本医 疗保险关系 转移接续	00203600300Y	10	出具《参保凭证》	002036003001	医保电子凭证或有效身份证件或社保卡	即时办结	申请—受理— 审核—办结	1. 由转出地经办机构受理 2. 有条件的地区可采用网络、APP等办 理电子《参保凭证》	《中华人民共和国社会保险法》 (主席令第35号) 第三十二条
		11	转移接续手续 办理	002036003002	1. 医保电子凭证或有效身份证件或社保卡 2. 《参保凭证》(含电子《参保凭证》) 3. 《基本医疗保险关系转移接续申请表》	不超过20个 工作日	申请—受理— 审核—办结	1. 由转入地经办机构受理并负责办结 2. 转入地经办机构应在受理后5个工作 日内生成并发出《联系函》 3. 转出地经办机构收到《联系函》后 10个工作日内生成、发出《信息表》 并划转资金 4. 转入地经办机构收到《信息表》和 转移资金后应在5个工作日内办结 5. 有条件的可通过平台、网络、APP等 方式进行信息传递	

四、基本医疗保险参保人员异地就医备案	00203600400Y	12	异地安置退休人员备案	002036004001	1. 医保电子凭证或有效身份证件或社保卡 2. 备案表 3. 异地安置认定材料（“户口簿首页”和本人“常住人口登记卡”，或个人承诺书）	即时办结	申请—受理— 审核—办结	1. 有条件的地区可采用电话、网络、APP等“不见面”备案 2. 办理更改、暂停、恢复和终止的只需医保电子凭证或有效身份证件 3. 省内异地就医参照执行	1. 《人力资源和社会保障部 财政部关于做好基本医疗保险跨省异地就医住院医疗费用直接结算工作的通知》（人社部发〔2016〕120号） 2. 《国家医保局 财政部关于切实做好2019年跨省异地就医住院费用直接结算工作的通知》（医保发〔2019〕33号） 3. 《关于建立基本医疗保险跨省异地就医结算业务协同管理工作机制的通知》（医保办发〔2019〕33号）
		13	异地长期居住人员备案	002036004002	1. 医保电子凭证或有效身份证件或社保卡 2. 备案表 3. 长期居住认定材料（居住证明或个人承诺书）	即时办结	申请—受理— 审核—办结		
		14	常驻异地工作人员备案	002036004003	1. 医保电子凭证或有效身份证件或社保卡 2. 备案表 3. 异地工作证明材料（参保地工作单位派出证明、异地工作单位证明、工作合同任选其一或个人承诺书）	即时办结	申请—受理— 审核—办结		
		15	异地转诊人员备案	002036004004	1. 医保电子凭证或有效身份证件或社保卡 2. 备案表 3. 具有转诊资质的定点医疗机构开具的转诊转院证明材料	即时办结	申请—受理— 审核—办结		
五、基本医疗保险参保人员享受门诊慢特病病种待遇认定	002036005000	16	基本医疗保险参保人员享受门诊慢特病病种待遇认定	002036005000	1. 医保电子凭证或有效身份证件或社保卡 2. 《门诊慢特病病种待遇认定申请表》 3. 病历资料或检查资料	不超过20个工作日	申请—受理— 审核—办结	鼓励将门诊慢特病病种待遇认定下沉到符合要求的定点医疗机构，由定点医疗机构“一站式”受理，经办机构对医疗机构认定情况进行有效监管	《关于妥善解决医疗保险制度改革有关问题的指导意见》（劳社厅发〔2002〕8号）
六、基本医疗保险参保人员医疗费用手工（零星）报销	00203600600Y	17	门诊费用报销	002036006001	1. 医保电子凭证或有效身份证件或社保卡 2. 医院收费票据 3. 门诊费用清单 4. 处方底方	不超过30个工作日	申请—受理— 审核—拨付— 办结	1. 地方需增加其他材料必须事前公示，并一次性告知 2. 意外伤害就医的应提供交警事故认定书、法院判决书、调解协议书等公检法部门出具的相关证明材料复印件一份，无法提供的应填写个人承诺书 3. 急诊可要求提供急诊诊断证明	1. 《中华人民共和国社会保险法》（主席令第35号）第二十八条、第三十条 2. 《国家医疗保障局关于加快解决群众办事堵点问题的通知》（国医保电〔2018〕14号）
		18	住院费用报销	002036006002	1. 医保电子凭证或有效身份证件或社保卡 2. 医院收费票据 3. 住院费用清单 4. 诊断证明	不超过30个工作日	申请—受理— 审核—拨付— 办结		

[illegible]

附件 2

**全国医疗保障经办政务服务事项清单
参考样表**

表 1：基本医疗保险单位参保信息登记表（参考样表）

☐ 新参保登记		☐ 暂停登记		☐ 注销登记		☐ 拆分合并分立	
单位名称							
现统一社会信用代码				原统一社会信用代码			
通讯地址							
单位性质							
法定代表人		姓名				联系电话	
		身份证件号码					
开户银行				户名			
银行帐号							
经办人员	姓名				所在部门		
	手机号码				联系电话		
参保险种	☐ 职工基本医疗保险 ☐ 生育保险 ☐ 补充医疗保险 ☐ 其他（_____）						
机关事业单位及社会团体填报以下信息							
经费来源				主管部门			
最新核编人数（含纪检、军转）						退休人数	
机关在编人数				公务员人数		后勤服务人数	
参公在编人数				事业在编人数			
单位声明		本单位依法申请医疗保险登记，承诺填报信息真实、准确、完整，请予办理。 单位（盖章） 年 月 日					
经办机构意见		☐ 经审核，申报单位不符合参保登记办理条件。 经审核，同意申报单位办理以下社会保险登记： ☐ 职工基本医疗保险 ☐ 生育保险 ☐ 补充医疗保险 ☐ 其他（_____） 经办人签字：_____ 经办机构（盖章）_____ 年 月 日					

表 2：职工基本医疗保险参保登记表（参考样表）

单位名称（盖章）：单位编码：险种：☐灵活就业人员

序号	姓名	身份证 证件类型	身份证件号码	申报工资 （元/月）	变更类别						手机号码	备注
					增加	中断	终止	恢复	在职转退休	统筹区内转移		
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												

注：灵活就业人员无需单位盖章和填写单位编码。

填报人：联系电话：经办机构经办人：年 月 日

表 3：城乡居民基本医疗保险参保登记表（参考样表）

姓名			身份证件类型		
身份证件号码					
性 别	☐ 男 ☐ 女	出生 日期	年 月	联系电话	
户籍所在地（居 住证登记地）	省	市	区县(市) 街道(乡镇)	村（社区）	
通讯地址					
申请人身份	（建议列选择项打勾，如 ☐ 中小少年儿童 ☐ 大学生 ☐ 无业成年人等）				
财政补助对象	（建议列选择项打勾，如 ☐ 低保 ☐ 重残 ☐ 低收入等）				
申请人 或监护人	以上信息填报真实，现申请参加城乡居民医保，并已了解城乡居民基本医疗保险费征收部门和缴费方式，以及每年规定的缴费时间。 （签字） 年 月 日				
收件审核	☐ 经审核，符合城乡居民医保参保规定。 ☐ 经审核，不符合城乡居民医保参保规定。 经办人： （受理单位盖章） 年 月 日				

表 4：基本医疗保险参保单位信息变更登记表（参考样表）

单位编码：

填表日期：

原登记事项			变更事项	
单位名称			单位名称	
住所（地址）			住所（地址）	
单位类型			单位类型	
法定 代表人 （负责 人）	姓名		姓名	
	身份证件 号码		身份证件 号码	
	联系电话		联系电话	
缴费 单位 经办人	姓名		姓名	
	联系电话		联系电话	
开户 银行	账号		账号	
	开户行		开户行	
其他				
备注				
经办机构审 核意见				
		经办人： (受理单位盖章) 年 月 日		

表 5：基本医疗保险职工参保信息变更登记表（参考样表）

单位名称： 单位编码： 联系电话： ☐关键信息 ☐非关键信息 年 月 日

序号	身份证件号码	姓名	变更项目	变更前	变更后	签字	备注
1							
2							
3							
4							
5							
6							
单位经办人 （签章）		单位意见 （盖章）			经办机构 意见		

备注：灵活就业人员无需单位盖章和填写单位信息

表 7：职工基本医疗保险个人账户一次性支取申请表
(参考样表)

支取人签字：_____ 年 月 日

参保人基本情况					
姓名			身份证件号码		
支取原因	☐ 死亡 ☐ 出国定居 ☐ 主动放弃 ☐ 其他				
工作单位					
账户号码					
开户行					
继承人(代表人)基本情况					
姓名			与参保人关系		
身份证件号码			联系电话		
常住地址			工作单位		
账户号码					
开户行					
经协商,由_____代表全部继承人办理支取业务,有关款项汇入其名下银行账户,分配事宜自行解决,由此产生的法律纠纷由代表人自行负责。					
签字：_____ 年 月 日					
被委托人基本情况(如无被委托人,无需填写)					
姓名		身份证件号码		联系电话	
备注					

表 9：基本医疗保险关系转移接续申请表（参考样表）

编号：（省份）（统筹区）（年份）（第 XXXX 号）

参保人员信息							
姓名		性别		年龄			
身份证件号码				联系电话			
户籍地址				户籍类型	☐ 居民		
					☐ 农业 ☐ 非农业		
					☐ 台港澳 ☐ 外籍		
联系地址				邮政编码			
现参加的基本医疗保险类型	☐ 职工医保 ☐ 城乡居民医保 ☐ 其他（请说明）						
转出地医疗保障经办机构信息							
机构名称				联系电话		行政区划代码	
机构地址						邮政编码	
申请人信息（若参保人办理，则不需填写）							
姓名		身份证件号码		与参保人关系		联系电话	
联系地址						邮政编码	

申请人（签字）：

申请时间： 年 月 日

表 10：基本医疗保险关系转移接续联系函（参考样表）

（此表由转入地医疗保障经办机构填写并提供给转出地医疗保障经办机构）

编号：（省份）（统筹区）（年份）（第 XXXXXXX 号）

转出地医疗保障经办机构名称：

原在你处的参保人员，因流动就业等原因，现申请将其基本医疗保险关系转移至我处。若无不妥，请按相关规定办理转移手续。

参保人员信息							
姓名		性别		年龄		联系电话	
身份证件号码			户籍类型		☐ 居民		
					☐ 农业 ☐ 非农业		
					☐ 台港澳 ☐ 外籍		
是否需要转移个人账户		☐ 是 ☐ 否					
现参加的基本医疗保险类型		☐ 职工医保 ☐ 城乡居民医保 ☐ 其他（请说明）					
转入地医疗保障经办机构信息							
开户全称				开户银行行号			
开户银行				银行账号			
机构地址				邮政编码		行政区划代码	

经办人（签章）：

转入地医疗保障经办机构名称（章）：

联系电话：

日期： 年 月 日

表 11：参保人员基本医疗保险信息表（参考样表）

（此表由转出地医疗保障经办机构提供给转入地医疗保障经办机构）

参保人员姓名：

身份证件号码：

性别：

序号	时间 自 年 月至 年 月	基本医疗保险类型	参保缴费月数 小计	统筹地区经办机构 名称	统筹地区经办机构 行政区划代码	备注
	1	2	3	4	5	6
1						
2						
3						
4						
...						
基本医疗保险个人账户实际转出资金			大写		小写	¥

经办人（签章）：

联系电话：

医疗保障经办机构（章）：

日期： 年 月 日

备案编号：

表 12：异地就医登记备案表（参考样表）

姓 名		性 别		险种	☐ 职工医保 ☐ 城乡居民医保
人员类别	☐ 异地安置退休人员 ☐ 异地长期居住人员 ☐ 常驻异地工作人员 ☐ 异地转诊人员 ☐ 其他：		登记类别	☐ 新增 ☐ 变更	
身份证件号码					
参保地 联系地址			就医地联系地址		
联系电话 1			联系电话 2		
转往省 (市、区)		地区 (市、州)		县(区)	
温馨提示 1. 跨省异地就医执行就医地目录、参保地起付线、封顶线及支付比例。因各地目录差异，直接结算与回参保地报销可能存在待遇差，属于正常现象。 2. 办理备案时直接备案到就医地市或省份。参保人员根据病情、居住地、交通等情况，自主选择就医地开通的跨省定点医疗机构住院就医。 3. 到北京、天津、上海、重庆、海南、西藏和新疆生产建设兵团就医，备案到就医省份即可。 4. 未按规定办理登记备案手续，或在就医地非跨省定点医疗机构发生的医疗费用，按参保地现有规定办理。					
☐ 本人 ☐ 被委托人 签名			填表日期		

经办机构：

联系电话：

经办人：

经办日期：

表 13：门诊慢特病病种待遇认定申请表（参考样表）

认定机构名称（盖章）：

年 月 日

姓名		性别		年龄		☐ 职工医保 ☐ 城乡居民医保
身份证件号码				联系电话		
选择定点医院				申请人签名		
申报病种名称				医保编码		
申报病种情况 （符合诊断标准项目）	医师签名： 年 月 日					
审批意见						
备注						

表 14：医疗救助申请卡（参考样表）

申请人基本情况	姓名		性别		年龄		身份证件号码	
	家庭住址					村（社区）		联系电话
申请救助对象类别	☐ 低保 ☐ 特困供养人员 ☐ 重度残疾人 ☐ 孤儿 ☐ 低收入对象 ☐ 其他：_____							
申请原因								
申请人授权	现授权_____到_____调查本人及家庭成员经济状况，请以上部门和机构予以配合并向被授权单位提供相关信息，以上部门和机构提供的本人及家庭成员经济状况，本人予以认可。 授权人：_____年 月 日							
民政部门意见								
经办机构意见								
备注								

申请人：

年 月 日

表 15：个人承诺书（参考样式）

本人_____（身份证件号码：_____），
办理_____业务。因个人原因
无法提供_____证明，本人保证
符合此业务办理条件，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

