附件6

承诺书

兹有我单位 （在职、离职、退休等）职工，姓名 （身份证件号码： ），办理 业务。本单位已认真学习相关法律法规规章和政策文件，了解该业务事项的有关要求，对有关规定的内容已经知晓和全面理解。现因本单位自身原因无法提供

证明，本单位保证符合此业务办理条件，所述信息真实、合法、准确、完整、有效，由此产生的一切经济后果和法律责任均由本单位承担。

联 系 人:

联系电话：

通讯地址：

企业（单位）：

（盖章）

年 月 日

（本文书一式三份，企业单位与医保部门各一份、留存一份）