**承诺书**

承诺人： 身份证号：

本人申请门诊特殊疾病资格并郑重承诺：

1. 所提交的申报材料均真实有效，如有虚假，承担相应的法律责任；
2. 门诊特殊疾病资格限本人使用，不转借他人，违规使用造成医保基金流失的，承担相应的法律责任。

承诺人签字：

申请日期：