关于医疗费用电子发票报销承诺书(样书)

姓 名：张三

身份证号：身份证号码中英文字母的请大写

社保卡号：188XXXXXXX(第三代社保卡卡号无需填写)

本人于 20XX 年 XX 月 XX 日，因 ，在 医院（门诊/住院）的医疗费用 1230 元，由于该医疗机构不提供纸质发票，只提供电子发票，且提供的查验平台不能显示打印次数，或已下载打印次数在两次及以上，现本人承诺未在其他单位进行报销。如若违反上述承诺，本人自愿承担一切法律责任。

承诺人：张三（手写）

XX 年 XX 月 XX 日