关于医疗费用电子发票报销承诺书

姓 名：

身份证号：

社保卡号：

本人于 年 月 日，因 ，在 医院（门诊/住院）的医疗费用 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：

年 月 日