**电子发票申请报销承诺书**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **工伤职工姓名** |  | **身份证号码** |  | **性别** |  |
| **发票**  **金额** |  | **大写：** | | | |
| **发票**  **号码** |  | | | | |
| **就诊**  **医院** |  | | | | |
| **代办人姓名** |  | **身份证号码** |  | | |
| **与工伤职工关系：** | | | | | |
| 申请人承诺：（**本人承诺上述电子发票未在本单位申请报销，且没有在其他单位申请医疗费用报销，如有不实，因此产生的法律责任由本人自行承担，并愿意纳入失信主体“黑名单”，自愿接受失信惩戒。**）  **申请人（代办人）签章： 单位盖章:**  **年 月 日 年 月 日** | | | | | |

**注意：申请人或代办人须手工书写承诺样本内容。**