个人承诺书（样表）

雅安市医疗保障事务中心：

×××单位职工×××（身份证号）家属××××（身份证号）无固定工作，现报销男方生育保险费用，本人保证符合此业务办理条件，所述信息真实、准确、完整、有效，由此产生的一切法律责任均由本人承担。

承诺人：（签字、指印）

 ××年××月××日