**城镇职工基本医疗保险单方参保人员**

**生育医疗费申报承诺书**

**参保单位（加盖公章）：**

**本人（男职工）姓名 ＿＿＿＿＿ 身份证号码＿＿＿＿＿配偶姓名＿＿＿身份证号码＿＿＿＿＿＿于＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日结婚。 ＿＿＿年＿＿月＿＿日在 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 医院发生生育（流产）费用。**

**本人承诺：参加生育保险的男职工未就业配偶＿＿＿＿＿ 未在其它部门报销该次生育医疗费。**

**上述情况完全属实，如有虚假，愿承担相应的法律责任。**

**温馨提示：配偶参加城乡居民基本医疗保险的，可选择按照生育保险男职工生育医疗费定额补助标准的50%享受待遇或按照城乡居民基本医疗保险定额报销规定享受待遇。**

**男职工本人（签字并按手印）：**

**男职工配偶（签字并按手印）：**

**年 月 日**

结婚证