**承诺书**

**安徽省医疗保障基金管理中心：**

本人 ，身份证号： ,

单位 : 。

本人承若已知悉申请的异地门诊慢性病种： 需复审。享受时间为： ，复审时间为： ，参保人需在病种有限期截止前一个月携带《安徽省直城镇职工医疗保险门诊慢性病鉴定（复审）申请表》及相关证明材料与安徽省医疗保障基金管理中心结算科申请复审。过时限未予复审者，不享受门诊慢性病待遇，自行承担一切后果。

**承诺人：**

**日期： 年 月 日**

备注：1.承诺书一式两份（中心与参保人各执一份）。

2.《安徽省直城镇职工医疗保险门诊慢性病鉴定（复审）申请表》需医生签字医院盖章方可有效。