|  |
| --- |
| **男职工未就业配偶承诺书** |
|  |
|  医保中心： |
| 本人姓名： ，身份证号： \_\_ ； |
| 配偶姓名： ，身份证号： ，于 年 |
| 月 日分娩，未享受生育保险待遇。配偶生育当年未就业未参加新型村合作医疗或城镇居民基本医疗保险，现申请按规定结算此次分娩住院医疗费用待遇。 |
| 本人承诺以上及所提交材料真实有效，愿意承担因此造成的一切法律后果。 |
|   |
|   |
|   |
| 承诺人（签名、手印）：  |
|  年 月 日 |
|   |