**电子票据报销承诺书**

本人(姓名)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，职工号(学号)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,身份证号\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,取得医疗电子票据（发票）共计\_\_\_\_\_张，合计金额\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元。现申请报销并承诺不重复报销以下电子票据（发票）及对应的纸质医疗票据，若重复报销则自行承担相关法律责任。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 医疗机构名称 | 票据日期 | 票据号码 | 金额（元） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 合计金额 | | | |  |

（该表可自行添加行）

承诺人签字：

年 月 日