**证明事项告知承诺书**

申请事项名称：生育保险待遇核准支付

证明事项名称:配偶未就业证明

1. 基本信息

(一)申请人（承诺人）

姓名(或单位):     联系方式:

证件类型:      证件编号:

(二)受理单位

名称:  定点医疗机构    联系方式:

名称: 黄山市医疗保障基金管理中心   联系方式: 2539958

二、受理单位告知

(一)证明事项名称

配偶未就业证明

(二)证明用途

申请生育医疗费用报销。

(三)设定证明依据

《安徽省医疗保障经办政务服务事项清单及办事指南》

(四)证明的内容

**本人（参加生育保险男职工）的配偶在本次生育期间未就业。**

(五)承诺的效力

申请人书面承诺已经符合告知证明内容中提出的条件、要求，并愿意承担不实承诺的法律责任后，受理单位（或审批单位）不再索要有关证明而依据书面承诺办理相关事项。

(六)不实承诺的责任

证明事项告知承诺失信行为信息纳入安徽省公共信用信息目录，对故意隐瞒真实情况、提供虚假承诺办理有关事项的，依法作出如下处理：**依据省政府令第284号《安徽省基本医疗保险监督管理暂行办法》**，**骗取医疗保险待遇的，责令退回骗取的基本医疗保险基金，并处骗取金额2倍以上5倍以下的罚款。涉嫌犯罪的，应依法移送有关机关查处。**

三、申请人承诺

申请人现作出下列承诺:

**(一)已经知晓并理解受理单位告知的全部内容；**

**(二)已符合受理单位告知的条件、要求，具体是:**

**本人（参加生育保险男职工） ，身份证号码： 。配偶姓名 ，身份证号码： ，属 社区居民或 村居民，     年    月    日至     年    月    日期间未就业，情况属实。**

**(三)愿意承担不实承诺的法律责任。**

上述承诺是本人的真实意思表示。

申请人签名:           受理单位(公章):

日期:            日期:

(本文书一式两份，受理单位与申请人各执一份。)

说明：当受理机构与审批机构不一致时，本告知承诺书由审批机构授权受理机构代为签章，并代为履行告知义务。