男职工未就业配偶生育医疗费报销承诺书

我单位职工 ,身份证号 ，其配偶 ,身份证号 ，现由单位申领男职工未就业配偶生育医疗费补贴。

我单位承诺 未参加基本医疗保险，报销所提供材料真实，不存在故意隐瞒事实、重复报销、重复享受待遇等情形，如有违背，愿承担一切后果及相关法律责任。

单位经办员联系电话：

单位经办员签字及按手印：

年 月 日