**苏州市男职工配偶一次性生育补贴申领业务**

**告知承诺书**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申请人： | 身份证号： | 联系方式： |
| 申请人配偶： | 身份证号： | 联系方式： |
| 一、申领条件：1、符合国家计划生育政策规定和法定生育条件；2、申请人在其配偶生育当月享受职工基本医疗保险生育待遇；3、申请人配偶未就业，且未参加职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险或新型农村合作医疗。 |
|  二、承诺内容：  申请人配偶（姓名） ，自 年 月至 年 月（生育住院期间）均未就业且未参加基本医疗保险（包括职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险或新型农村合作医疗）。本人在此郑重承诺，符合苏州市男职工配偶一次性生育补贴申领业务申领条件，对申请人配偶的就业、参保情况均已核实、确认，填报和提交的所有信息均真实、准确、完整、有效，并授权同意医保经办机构通过其他部门、机构、企业查询与承诺相关的个人信息，用于核实承诺内容的真实性。 |
|  三、承诺责任：本人已经认真阅读《苏州市男职工配偶一次性生育补贴申领业务告知承诺书》，对男职工配偶一次性生育补贴的申领条件、承诺内容、承诺责任已经充分知晓。如承诺内容不实的，医保部门有权**责令申请人及承诺人退回已取得的医保基金；**涉嫌欺诈骗保的，按照《中华人民共和国社会保险法》、《医疗保障基金使用监督管理条例》等法律法规进行行政处罚；涉嫌刑事犯罪的，移送公安部门处理。 |
| 承诺人： | 身份证号： |
| 与申请人关系：□本人 □配偶 □法定监护人（勾选） |
| 承诺日期： 年 月 日 |