

表 4：绑定家庭成员承诺书

我本人承诺符合办理医保电子凭证亲情账户绑定业务。
本人保证符合此业务办理条件，所述信息真实、准确、完整、有效，由此产生的一切法律责任均由本人承担。

承诺人（签名）：

日期：

