承诺书

 姓名 男（女），身份证号 于 年 月 日至 年 月 日在 医疗机构就医。发票号： ，共花费 元，发票原件丢失，现承诺发票原件未在其他单位报销，如作其他报销用途，后果本人自行承担。

 承诺人（手印）：

 年 月 日