**男职工未就业配偶生育医疗费用结算**

**个人承诺书**

福州市医疗保障基金管理中心：

本人姓名： 身份证号码 ，配偶姓名： 身份证号码 ，于 年 月 日分娩，未享受生育保险待遇，要求按男职工未就业配偶结算住院生育医疗费用。本人承诺所提交材料真实有效，愿意承担违法违规、失约失信所造成的一切后果，若违法失信将自愿接受约束和惩戒，并退回骗取的生育保险基金。

承诺人（签字、按手印）：

年 月 日