**主动放弃城填职工医疗保险待遇**

**许诺承诺书**

本人姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,证件号码：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

因 原因，承诺主动放弃 北京医疗保险待遇 等权利，已办理终止参保，现申请医疗个人账户清算。

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。

联系电话：

承诺人（签名、指印）：

年 月 日