**医疗保险状态暂停承诺书**

兴宁市医疗保障事业管理中心：

 本人 ，身份证号： ，因异地参保[ ]、职工转城乡[ ]、城乡转职工[ ]、重复参保[ ]、其它[ ]请说明： 原因。

现申请暂停兴宁市城乡[ ]、职工[ ]医疗保险状态。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（代办人）：

联系电话：

年 月 日

备注：1、本人需提供申请人身份证复印件；

 2、代办人需提供申请人和代办人身份证复印件