附件2

参保职工

“**账户共济授权使用”**承诺书

□本人（姓名： ，身份证号： ），参加XX统筹区城镇职工基本医疗保险。现申请**个人账户扩展到家庭成员共济使用，本次共济使用金额： 具体共济使用人员名单如下：**

**1.本人配偶**

**配偶姓名： 身份证号：**

**2.子女**

**姓 名： 身份证号：**

**3.本人父母**

父亲姓名： **身份证号：**

**母亲姓名： 身份证号：**

本人郑重承诺，以上申报事项、提供的证件和资料真实、有效，个人账户余额足够共济。若违反承诺，存在提供虚假信息，按医疗保障有关规定承担相应法律责任。

申请人（签字）：

年 月 日