个人承诺书

 **医疗保障事务中心：**

**本人： ，身份证号码： ，于 年 月 日在你中心申请办理城镇职工基本医疗保险(简称:职工医保,下同)。**

**申请办理事项：**

**□职工医保不足年限一次性补缴（□一档 □二档）**

**□居民医保/农民工医保转职工医保（□一档 □二档）**

**□职工医保二档转一档（补缴月数 ）**

**□职工医保退休（□一档 □二档）**

**本人郑重承诺：**

**●本人自愿缴纳职工医保，已详细了解了职工医保缴费义务、待遇等待期及待遇享受政策。**

**●本人明确知晓医疗不足年限补费仅能办理一次，补缴标准为补缴当年公布的灵活就业人员医疗保险缴费标准，办理医疗不足年限补费后再产生的中断缴费，只能在达到法定退休年龄时一次性补缴，且医疗不足年限补费不能办理转出手续。**

**●缴纳职工医保费后，不得以任何理由申请退费。**

**●我自愿选择按（□一档 □二档）标准办理职工医保退休，已详细了解一档和二档退休待遇差异，并且明确知晓选择职工医保退休档次后，退休档次不能再做变更。**

**●若因延迟退休年龄等法定事项调整导致的职工医保缴费政策变化的，按申请之时的政策执行。**

**（上述事宜本人已明确知晓。）**

**承诺人（加盖手印）：**

**年 月 日**