**情 况 说 明**

患者 身份证号 ，因 （原因）在 医院治疗产生医疗费用合计 ，发票号 ，产生费用时间段为 年 月 日至 年 月 日，因医院开具的是电子发票，承诺所提交资料真实，该电子发票仅用于此次医疗费用报销，在此之前未进行过其他报销，如有不实，愿承担相关法律责任。

特此证明

年 月 日

签字：