

附件3

## 省直单位参加职工医疗互助活动团体 申报承诺书

本单位就参加省直单位第十一期职工医疗互助活动团体申报有关事项郑重承诺如下：

我单位参加省直单位第十一期职工医疗互助活动的职工均为加入了本单位工会组织的在职职工，并已参加湖南省城镇职工基本医疗保险或城乡居民基本医疗保险，如因参加人员不符合职工医疗互助活动参加条件而造成不能享受补助待遇的，由我单位承担相关责任。

承诺单位工会（盖章）：

工会主席：

年 月 日