# 自愿放弃参加常州市大学生居民医疗保险

# 承诺书

本人\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，性别\_\_\_\_\_\_\_\_\_，籍贯\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，身份证号\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，学院\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，班级\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，学号\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。已知悉国务院、江苏省政府、常州市政府关于推进大学生医疗保险工作的总体要求，阅读了《2024年度常州市城乡居民基本医疗保险宣传提纲》，已了解常州市大学生居民医疗保险的相关政策和内容，**并与家长沟通**，经慎重考虑，决定“**不参加**”2024年度学校统一代办的常州市大学生居民医保。现承诺由此产生的后续结果本人自行负责，与学校无关。

学生签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

学生家长签名: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

班主任或辅导员签名: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

学院盖章处