

自愿放弃大学生医保声明

本人_____，信息学部_____级_____专业_____班学生，身份证号_____，辅导员已经告知了《市人民政府关于调整我市城镇居民基本医疗保险个人缴费标准的通知》相关文件精神，因_____，经过与家长商量，自愿放弃投保大学生医疗保险，所有因放弃投保大学生医疗保险造成的后果自行承担，特此声明。

家长签字：

家长电话：

声明人：

年 月 日