

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