**自愿放弃大学生医保承诺书**

­­本人为 （专业班级）学生 （姓名），性别 ，身份证号码为 。本人已知晓“南昌市大学生参加居民医疗保险”的相关政策，本人经与家长商量，自愿放弃学校统一办理的大学生医疗保险。

现承诺在读期间产生的医疗费用由本人自行承担，由此产生的后果自行负责。

|  |
| --- |
|  身份证粘贴处（身份证正反面） |

 承诺人：

 日 期：