**自愿放弃参加靖江市大学生居民医疗保险**

**承诺书（高校）**

本人为 常州大学怀德学院 学校 艺术系 年级（系） 视觉(怀)201 班级学生，我明确了解城乡居民（学生）基本医疗保险的相关政策，承诺不参加2023年度城乡居民（学生）基本医疗保险。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 身份证号码 | 年级/班级 | 签字确认 |
| 1 | 张三 | 320000123145678901 | 视觉(怀)201 |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |