**自愿放弃参加安康市大学生城乡居民医疗保险**

**承诺书**

本人 ，性别 ，籍贯 ，身份证号 ，学院 ，班级 ，学号 。已了解安康市城乡居民医疗保险的相关政策，**并与家长沟通**，经慎重考虑，决定 **“不参加”**2021年度安康市城乡居民医疗保险，后果一切自负。本人对此承诺并签字确认。

学生签名：

年 月 日