**自愿放弃参加2023年度常州市大学生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 。已知悉国务院、江苏省政府、常州市政府关于推进大学生医疗保险工作的总体要求，阅读了《2023年度常州市大学生医保宣传提纲》，已了解常州市大学生居民医疗保险的相关政策和内容，**并与家长沟通**，经慎重考虑，决定 **“不参加”**2023年度常州市大学生居民医保统一办理。该年内将无法通过学校再行参保，由本人自行负责解决。本人对此承诺并签字确认。

学生签名：

年 月 日