**自愿放弃参加大学生医疗保险承诺书**

安徽建筑大学学生处：  
　　本人\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_学号\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_身份证号\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 系安徽建筑大学\_\_\_\_\_\_\_\_学院 \_\_\_\_\_\_\_\_级\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_班在校大学生。已知悉《关于开展我校2024年大学生医保参保工作的通知》，并了解医疗保险的相关政策和内容，本着自愿原则，与家长沟通，经慎重考虑后，决定放弃参加合肥市2024年大学生城乡居民医疗保险。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解决。  
　　情况属实，特此承诺！

承诺人：

年 月 日

家长姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 联系方式：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_