主动放弃参保承诺书

（2027）

本人(姓名)_____，(证件号码)_____，

属于 华东理工大学 ， _____ 学院_____专业的

_____级学生，学号_____。

承诺事项

知晓公民有依法参加基本医疗保险的权利和义务。本人已了解上海市城乡居民基本医疗保险及参保长效机制的相关政策。知晓未在集中参保期内参保或未连续参保，医疗保险待遇将被设置至少三个月的等待期，等待期内发生的全部医疗费用自行承担。知晓未连续参保会降低次年居民大病保险最高支付限额。

个人承诺

经充分考虑，虽符合参加上海市城乡居民基本医疗保险的条件，但仍自愿放弃参加 2027 年度的上海市城乡居民基本医疗保险。因承诺放弃参加 2027 年度上海市城乡居民基本医疗保险产生的一切后果，由本人自行承担。

以上内容真实有效，上述承诺是（姓名）_____的真实意思表示。本人愿承担不实承诺及提供虚假信息的民事、行政责任。

承诺人:

承诺时间:　　年　　月　　日

1、不参保原因（勾选）：

□已在外省市（　　）参加2027年居民医保，不参加上海大学生医保

□未参加任何省市2027年城乡居民医保，不想参保，原因：_____

2、家长是否已知晓不参保情况：　□是　　□否