自愿放弃居民(大学生)医保的声明

本人，姓名：＿＿＿＿身份证号码：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿是＿＿＿＿＿＿＿大学＿＿＿＿＿系＿＿＿级＿＿＿班的学生。（本人已经了解泰安市大学生医保政策，因已经在＿＿＿＿地区缴纳当地医保，现自愿放弃缴纳2024年度的泰安市居民（大学生）医保，2024年度发生的所有医疗费用均由当地医保承担，与泰安高新区社保医保工作办公室和所在学校无关。）请将括号内容抄写到下面横线。

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

 本人签字：

 日期：