

厦门大学嘉庚学院在校生 放弃在校参保承诺书

_____学院（系）:

本人_____, 身份证号_____, 现就读于厦门大学嘉庚学院_____学院_____专业, 学号_____, 已了解在校大学生参加 2026 年度厦门市城乡居民医保（大学生待遇）和学校提供的免费补充医疗保险相关政策。

本人因_____, 决定放弃参加 2026 年度（2026 年 1 月-2026 年 12 月）厦门市城乡居民医保（大学生待遇），由此产生的一切后果（包括在此期间发生的全部医疗费用）由本人及家庭承担。

本人该决定已得到家长的了解和认同。

本人签字:

联系方式:

家长签字:

联系方式:

年 月 日

备注: 本承诺书每个医保年度均须重新签署, 签名需手写, 打印无效。