**大学生不参加居民医疗保险确认回执**

本人 ，性别 ，学号 ，身份证号 ，是 学院（系），

专业， 班级学生。

我已认真阅读《告大学生书》，知述“没有参加苏州市医保的学生不享受苏州市的大学生医疗保障，发生的住院医疗费用、门诊特定项目医疗费用及门诊费用全部由个人承担”。经慎重考虑，本人不参加大学生2023年度苏州市居民医疗保险。

本人联系电话： 。

特此说明。

不参保申请人（个人签字）：

家长（签字）：

班主任（签字）：

年 月 日