主动放弃参保承诺书

2024年版

本人（姓名）： ，证件号（身份证）：

。属于上海电力大学 学院 级学生，学号： 。

承诺：

1.本人已知晓上海市城乡居民基本医疗保险（大学生）保障机制以及《国务院办公厅关于健全基本医疗保险参保长效机制的指导意见》的相关文件规定。认真了解2025年集中参保期不参加居民医保会产生固定待遇等待期的相关规定，也清楚2025年不参加居民医保会降低次年居民大病保险最高支付限额。

2.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2025年度的上海市城乡居民基本医疗保险（大学生）。

3.因承诺放弃参加2025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（签名）：

年 月 日

放弃参保原因：

□ 在原户籍地参保，不在上海参保

□ 主动放弃参保

□ 其他原因：

此承诺书请学生所在学院妥善保存备案2年