**自愿放弃参加大学生医保申请书**

本人 ，身份证号 ，系 学院 级 专业学生，在充分知悉《成都市城乡居民基本医疗保险政策介绍》及《成都信息工程大学大学生基本医疗保险制度及实施细则》等大学生医保相关政策的前提下，经与家人商议后决定，自愿放弃参加2019-2020年度大学生基本医疗保险。

如本人在学校学习期间患病或意外伤害需要医治，所发生的一切医疗费用自行承担，与学校医保办及各级医保部门无关。

请予批准。

申请人：

年 月 日

情况属实，同意申请。（所属学院盖章）