附件

中山大学全日制学生不参保确认书

（本科生、非在职研究生适用）

本人＿＿＿＿\_ ，身份证号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿，现就读于中山大学＿＿＿＿＿＿学院＿＿＿＿＿专业，学号＿＿＿＿＿＿，已了解中山大学在校大学生参加城镇居民医疗保险的相关政策。鉴于本人因＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿，决定不参加大学生城镇居民医疗保险，由此产生的一切后果（包括在此期间发生的全部医疗费用等）由本人及家庭承担。

本人签字：　　　　　 联系方式：

导师/辅导员签字：　　 　 联系方式：

学院副书记签字：

日期： 年 月 日