**同济大学学生**

**不参加基本医疗保险确认表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学院 |  | 专业 |  | 学历（本、硕、博） |  |
| 学号 |  | 姓名 |  | 身份证号 |  |
| 家长姓名 |  | 家庭地址 |  |
| 家庭电话 |  | 学生电话 |  |
| 不参加2018年度大学生基本医疗保险的原因（具体详细说明） |
|  |
| 1、我已知情上海市《关于将本市大学生纳入本市城镇居民基本医疗保险的通知》[沪人社医（2011）45、783号]、《关于实施上海市城镇居民大病保险有关事项的通知》（沪人社医发（2015）5号）的要求，上海市大学生已纳入上海市城镇居民医疗保险，认真阅读并了解清楚《同济大学学生医疗保障制度实施细则》等文件中所有条款。2、我自愿不参加2018年度上海市城镇居民（大学生）基本医疗保险，同意放弃享受当年度大学生基本医疗保险待遇，**既无法享受门急诊报销、门诊大病、住院等大学生基本医疗保障。****上述告知本人已认真阅读、理解清楚。**学生签名： 年 月 日  |

注：此表由各院系老师统一交到校医院门诊办公室保存。