

# 自愿放弃参加常州市大学生居民医疗保险 承诺书

本人\_\_\_\_\_，性别\_\_\_\_，籍贯\_\_\_\_\_，班级\_\_\_\_\_，  
学号\_\_\_\_\_。身份证号\_\_\_\_\_，学院\_\_\_\_\_，  
已知悉国务院、江苏省政府、常州市政府关于推进大学生医疗保险  
工作的总体要求，阅读了《2024年度常州市市本级城乡居民基本医  
疗保险宣传提纲》和《常州市大学生城镇居民医保政策解读》，已了  
解常州市大学生居民医疗保险的相关政策和内容，**并与家长沟通**，经  
慎重考虑，决定**“不参加”**2024年度常州市大学生居民医保统一办理。  
该年内将无法通过学校再行参保，由本人自行负责解决。本人对此承  
诺并签字确认。

注：常州市劳动和社会保障局下发的《2024年度常州市市本级城乡居民基本  
医疗保险宣传提纲》中明确注明：对未在规定的参保缴费期及时办理参保缴费手  
续的学生，在保险年度内(即2024年1月-12月)可随时自行办理参保缴费手续，但个  
人不再享受政府补助，需要全额承担本保险年度应缴保费**(1430元)**，同时在参保  
缴费次月起满**3个月**后才可享受医保待遇，3个月内发生的医疗费用由参保人员个  
人承担。

参保学生可在市本级范围内 200 家定点医疗机构就医享受补贴；住院统筹最  
高可支付25万元；门诊特定病和门诊大病有补助和待遇；特药享有补贴。

学生签名：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日