

南方科技大学大学生医疗保险不参保承诺书

学生姓名：_____ 学号：_____ 院系：_____

通过学校的宣传，在对深圳市大学生医保和学校相关政策有了全面了解的基础上，我自愿不参加 2022-2023 年度大学生医保，在此期间产生的一切医疗费用由我本人承担。由此产生的后果自行负责，本人的家长已知悉并同意。

不参保原因：_____

学生（签字）：_____

学生家长（签字/电子签名）：_____ 联系电话：_____

研究生院（盖章）：

年 月 日

注：本承诺书必须由学生本人及家长签字，各学院将签字后的《知情同意书》复印件交至研究生院备案，学院自行保留原件存档。