**情 况 说 明**

成都市医疗保险局；

我村（街道或社区）兹有居民\*\*\*，身份证号\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*，在户籍所属地在家待业或务农，未购买新农村合作医疗保险（其他生育保险名称），情况属实，特此证明。

村委会或街道办公章

日期