附件2

江西师范大学放弃大学生医保承诺书

本人 ，性别 ，身份证号 ，系 学院学生。

本人已完全知悉《南昌市高校大学生基本医疗保险政策》。因

原因，本人自愿放弃参加大学生居民医保，并已告知家长。现承诺在校在读期间，不享受南昌市大学生居民医保政策，由此产生的后果自行承担。

学生签字：

家长签字：

辅导员签字：

学院党委副书记签字：

学院公章：

承诺日期：