自愿放弃居民(大学生)医保的声明

本人，姓名：＿＿＿＿身份证号码：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿是山东管理学院＿＿＿学院＿＿级＿＿＿＿班的学生。

（本人已经了解济南市大学生医保政策，因已经在＿＿＿＿地区缴纳当地医保，现自愿放弃缴纳2023年度的济南市居民（大学生）医保，2023年度发生的所有医疗费用均由当地医保承担，与济南市医保中心和所在学校无关。）

请将括号内容抄写到下方横线。

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

本人签字：

日期：