**放弃大学生居民医保确认单**

本人已知晓2018年上海市大学生居民医保缴费事宜，并知晓放弃参保将不能享受2018年上海市大学生居民医保待遇。

本人决定不参加2018年大学生居民医保。

姓名： 学院：

学号： 联系电话：

签名：

日期：

**放弃大学生居民医保确认单**

本人已知晓2018年上海市大学生居民医保缴费事宜，并知晓放弃参保将不能享受2018年上海市大学生居民医保待遇。

本人决定不参加2018年大学生居民医保。

姓名： 学院：

学号： 联系电话：

签名：

日期：