**附件1.**

**承诺书**

本人＿＿＿＿性别＿籍贯＿＿＿＿身份证号＿＿＿＿＿＿＿＿，院系、学园班级＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ，完全了解国家及学校关于大学生参加城镇居民基本医疗保险的政策和要求，因＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 原因，现自愿签字承诺**放弃参加**杭州市大学生医疗保险，如发生医疗费用由本人自行承担。

学生签字： （手写）

联系电话： （手写）

家长签字： （手写）

家长电话： （手写）

学院（园）系盖章、签字： （手写）

日 期 年 月 日