自愿放弃医保参保承诺书

本人曾于今年10月申请参加2016年度广州市城乡居民医疗保险，现不缴纳医保费用167元，自愿放弃参加学校统一组织的2016年度广州市城乡居民医疗保险。本人在2016年度因患病或意外伤害等发生的一切门诊、住院治疗费用均不属于医保待遇范围，所有费用均由本人负责。

学院：

学号：

身份证号：

本人签名：

年 月 日