**附件二：**

**自愿放弃参加杨凌示范区**

**2017年度大学生城镇居民医疗保险申请**

本人 是 学院学生 ，学号 ，身份证号 电话 现确认已了解杨凌示范区大学生城镇居民医疗保险相关政策，但因本人基于如下因素：

A、已参加 省（直辖市） 市（区）城镇职工医疗保险并缴费正常。

B、已参加 省（直辖市） 市（区）

城镇居民医疗基本医疗保险或新型合作医疗保险并缴费正常。

 1、已参加城镇职工医保的学生由各学院统一提供在职证明。

2、已参加其他类型医保的学生提供2017年参保缴费发票复印件或参保地医疗保险（新型合作医疗）经办部门开具的参保证明等。

特声明如下：本人自愿放弃参加杨凌示范区大学生城镇居民医疗保险，在放弃参保期间如发生医疗费用由本人承担。

本人签字： 日 期：

 学院负责人签字： 校医保办印章：

 学院盖章：