附件2

2023年度城乡居民医保主动放弃承诺书

上海工商职业技术学院:

本人： ，身份证件号码: ， 院系 班级的学生，承诺:

1.本人已了解上海市城乡居民基本医疗保险及门诊共济保障机制的相关政策。

2.经充分考虑，虽符合参加上海市城乡居民基本医疗保险的条件，但自愿放弃参加2023年度的上海市城乡居民基本医疗保险。

3.因承诺放弃参加2023年度上海市城乡居民基本医疗保险发生的全额医疗费用，由本人自行承担。

以上内容真实有效，上述承诺是 的真实意思表示。本人愿承担不实承诺及提供虚假信息的民事、行政责任。

承诺人:

承诺时间: 年 月 日