**自愿放弃城乡居民基本医疗保险承诺书**

本人自愿放弃参加学校统一组织的2017-2018学年度铜陵市城乡居民基本医疗保险，在本学年度（2017年9月至2018年8月）因患病或意外伤害等发生的一切门诊、住院治疗费用等均不享受铜陵市城乡居民基本医疗保险待遇。

学院：

班级：

姓名：

身份证号：

学号：

本人签名：

家长签名：

班主任签名：

**年 月 日**