**暨南大学**

**学生不参保确认书**

本人已参加□职工医保 □公费医疗 □当地新农合 □广州市民政资助 □其他医疗保障（在所选择项“√”），现自愿放弃学校统一组织的2023-2024学年医保或商保，放弃的具体内容包括：

**一、内地生及港澳台侨学生：**

①广州市城乡居民（大中专学生）社会医疗保险（往届生有效期2024.1.1-2024.12.31；新生有效期2023.9.1-2024.12.31）

②暨南大学学生团体医疗补充保险（有效期2023.9.1-2024.8.31）

**二、外籍学生：**

①暨南大学外籍生团体医疗保险（有效期2023.9.1-2024.8.31）

本人承诺：**如因疾病或意外伤害等发生的医疗费用均由本人承担**。

姓 名：

学 号：

身份证号：

学 院：

专 业：

本人签名：

辅导员或导师：（签名）

学院主管领导：（签名）

学院盖章：

日 期：