附件2

放弃参加大学生医疗保险的保证书

我是中北大学 级 班 （姓名）,身份证号为\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,本人因已参 保险,故自愿放弃参加太原市城乡居民医保（即太原市大学生基本医疗保险）,并保证大学期间不享受太原市大学生医疗保险门诊及住院报销等待遇。

本人签字：

家长签字：

班主任签字：

 年 月 日