**附件2：**

**自愿放弃居民（大学生）医保的声明**

本人，姓名：＿＿＿＿身份证号码：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿是＿＿＿＿＿＿＿大学＿＿＿＿＿学院＿＿＿级＿＿＿班的学生。**（**本人已经了解济南市大学生医保政策，因已经在＿＿＿＿地区缴纳当地医保，现自愿放弃缴纳2025年度的济南市居民（大学生）医保，2025年度发生的所有医疗费用均由当地医保承担，与济南市医保中心和所在学校无关。**）请将括号内容抄写到下面横线。**

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

 本人签字：

 日期：