

附件 1

## 主动放弃参保承诺书

本人（姓名）\_\_\_\_\_，（证件号码）\_\_\_\_\_，属于\_\_\_\_\_（学校名称）\_\_\_\_\_学院\_\_\_\_\_专业的届学生，学号\_\_\_\_\_。

### 承诺：

1. 本人已知晓上海市城乡居民基本医疗保险、门诊共济保障机制以及《国务院办公厅关于健全基本医疗保险参保长效机制的指导意见》的相关文件规定。充分了解 2025 年集中参保期不参加居民医保会产生固定待遇等待期，也清楚 2025 年不参加居民医保会降低次年居民大病保险最高支付限额。

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，但仍自愿放弃参加 2025 年度的上海市城乡居民基本医疗保险。

3. 因承诺放弃参加 2025 年度上海市城乡居民基本医疗保险产生的一切后果，由本人自行承担。

以上内容真实有效，上述承诺是（姓名）\_\_\_\_\_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