**个人自愿放弃缴纳大学生医保费用的声明书**

本人 ，系上海电力大学 学院，

学号 ， 专业， 班级学生，

通过学校的宣传告知，我已知晓上海大学生医保政策，经与家长协商，并征得家长同意，本人自愿放弃 年度大学生医保，不缴纳相关费用，期间相关医疗费自理。

声明人：

身份证号码：

时 间： 年 月 日