**不在校参加医保申明书**

姓名： ，学号： ，

班级： ，户籍地： ；

本人已详细了解2026年度大学生城乡居民医疗保险政策。现因 原因，申请不在校参保。2026年度发生的医疗费用，不在校享受大学生医保相关待遇，由本人承担。

特此申明。

**申请人（签名）：**

**监护人（签名）：**

**时间：** 年 月 日