不在高校参加城乡居民医保回执单

本人 （身份证号： ），系湖北美术学院 （院系） 级学生，本人已收到学校下发的《关于湖北美术学院学生参保城乡居民医保告知书》并已阅读、理解告知内容，完全了解《湖北美术学院学生医疗保障管理规定（暂行）》。

本人2023年度在湖北美术学院不参保（不缴费），原因 ，

因此而导致的任何损失、责任由本人自行承担。

 签名：

 联系电话：

 年 月 日

 --------------------------------------------------

不在高校参加城乡居民医保回执单

本人 （身份证号： ），系湖北美术学院 （院系） 级学生，本人已收到学校下发的《关于湖北美术学院学生参保城乡居民医保告知书》并已阅读、理解告知内容，完全了解《湖北美术学院学生医疗保障管理规定（暂行）》。

本人2023年度在湖北美术学院不参保（不缴费），原因 ，

因此而导致的任何损失、责任由本人自行承担。

 签名：

 联系电话：

 年 月 日