附件2：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **河南农业大学学生自愿放弃**  **参加郑州市城乡居民基本医疗保险声明书** | | | | | | | |
| 学生基本信息 | | | | | | | |
| 姓名 |  | 性别 |  | 学生类别 | □本科生□硕士生□博士生 | | |
| 所在学院 |  | | 专业 |  | | 年级 |  |
| 身份证号 |  | | | 手机号码 |  | | |
| **参保重要告知事项** | | | | | | | |
| 1、全日制在校学生自愿参加郑州市大学生社会医疗保险，根据郑州市（郑人社[2020]15号文件）等有关规定，2020年度学生个人负担医疗保险费标准为280元/人·年。  2、参保学生依规享受郑州市社会医疗保险待遇：普通门诊医疗待遇、门诊慢性病医疗待遇、重特大疾病医疗待遇（大病保险）、住院医疗待遇（包括寒暑假户籍所在地住院、实习期在实习所在地住院以及生育医疗待遇、新生儿医疗待遇、意外伤害导致的住院费用报销）等。  3、参保学生在校内发生的符合门诊统筹支付范围的普通门诊医疗费用，由基本医疗保险统筹基金支付90%，本人负担10%。  4、其他未尽事项，请参考《河南农业大学学生参加郑州市城乡居民基本医疗保险政策宣传提纲》。 | | | | | | | |
| **自愿放弃参保声明** | | | | | | | |
| 通过学校的宣传，本人已充分了解我校学生参加郑州市城乡居民基本医疗保险的有关规定，全面知晓了参加医疗保险可以享受的相关待遇，如校内普通门诊、住院、校内意外伤害、重特大疾病医疗待遇等。因个人原因，本人自愿放弃在校期间参加郑州市大学生社会医疗保险，我也清楚这同时意味着本人放弃了参加医保所享有的相关待遇。在此期间，因放弃参保而产生的相应后果，由我个人承担，与学校无关。  本人签名（手印）：  日期： 年 月 日 | | | | | | | |
| 咨询电话：河南农业大学医院63558120 | | | | | | | |

**注：此表提交至校医院存档备查。**