



本人 ，性别 ，籍贯 ，班级 ， 学号 。身份证号 ，学院 ， 已知悉国务院、江苏省政府、常州市政府关于推进大学生医疗保险 工作的总体要求，阅读了《2024年度常州市大学生居民基本医疗保险宣传提纲》和《致大学生（家长）的一封信》，已了 解常州市大学生居民医疗保险的相关政策和内容，，经 慎重考虑，决定2024年度常州市大学生居民医保统一办理。 该年内将无法通过学校再行参保，由本人自行负责解决。本人对此承 诺并签字确认。

注：常州市劳动和社会保障局下发的《2024年度常州市市本级城乡居民基本 医疗保险宣传提纲》 中明确注明：对未在规定的参保缴费期及时办理参保缴费手 续的学生，在保险年度内(即2024年1月- 12月)可随时自行办理参保缴费手续，但个 人不再享受政府补助，需要全额承担本保险年度应缴保费， 同时在参保 缴费次月起满后才可享受医保待遇，3个月内发生的医疗费用由参保人员个 人承担。

参保学生可在市本级范围内 200 家定点医疗机构就医享受补贴；住院统筹最 高可支付25万元； 门诊特定病和门诊大病有补助和待遇；特药享有补贴。

学生签名： 年 月 日