|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **中国海洋大学学生**  **放弃参加青岛市居民社会医疗保险声明** | | | | | | |
| **学生基本信息** | | | | | | |
| 姓名 |  | 性别 |  | 学生类别 | □本科生□硕士生□博士生 | |
| 所在院系 |  | | 年级 |  | 专业 |  |
| 身份证号 |  | | | 联系方式 |  | |
| **参保重要事项告知** | | | | | | |
| 1、学生自愿参加青岛市居民社会医疗保险，并按学年逐年缴纳费用。根据《青岛市医疗保障局 青岛市财政局 青岛市人力资源和社会保障局 国家税务总局青岛市税务局 关于明确我市基本医疗保险筹资有关问题的通知》和学校有关规定，2023年度参保学生个人负担医疗保险费标准为：全日制学生每人每年90元，非全日制学生每人每年150元。  2、参保学生享受青岛市居民社会医疗保险待遇：如意外伤害门诊报销、门诊大病报销、本市住院报销、原籍、异地住院报销等。  3、参保学生在校医院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70-80%，本人负担20-30%。  4、全日制参保学生享受学校医疗补助相关待遇。  5、未尽事项，执行《中国海洋大学学生医疗管理暂行办法》。 | | | | | | |
| **放弃参保声明** | | | | | | |
| 通过学校的宣传，本人已充分了解了青岛市居民社会医疗保险的有关规定，全面知晓了参加居民社会医疗保险可以享受的待遇，如大部分报销门诊、住院、意外伤害等相关医疗费用，可以保障大病、重病的医疗花费等。  因个人 原因，本人自愿放弃在校期间参加青岛市居民社会医疗保险，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（按手印）：  日期： | | | | | | |
| 咨询电话：崂山校医院66782440；鱼山校医院82031572 | | | | | | |