|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **中国科学院青岛生物能源与过程研究所**  **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 |  | 身份类别 | □硕士生 □博士生 | |
| 导师 |  | | 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《国家税务总局青岛市税务局 青岛市人力资源和社会保障局 青岛市医疗保障局 关于2022年度青岛市城乡居民基本养老保险和居民社会医疗保险缴费的通告》，2022年度参保学生个人负担医疗保险费标准为：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、异地转诊住院报销等。  3、参保学生在定点医院（中国海洋大学校医院）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、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** | | | | | | |
| 通过研究所的宣传，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，本人自愿放弃在所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，与研究所无关。  本人签名（手印）：  日期： | | | | | | |