**不参加2021年度城乡居民基本医疗保险回执单**

**姓名 学号 院系 专业**

本人已仔细阅读并知晓《华东理工大学学生参加2021年上海市城乡居民基本医疗保险的通知》的内容，经家长同意，**本人确定不参加2021年上海市城乡居民基本医疗保险，不享受2021年城乡居民基本医疗保险待遇。**

**签名：**

**日期： 年 月 日**