

東吳大學境外學生自願放棄醫療保險書

身分別： 僑生(含港澳生)、 外國學生、 陸生
 學士班、 碩士班、 博士班

系 級	學 號	姓 名	統一證號	郵局局號	郵局帳號
聯繫電話		電子郵件			
放棄醫療保險期間	108 學年度第 2 學期 109 年 2 月 1 日 至 109 年 6 月 30 日				
放棄醫療保險原因	<input type="checkbox"/> 已有其他醫療保險 <input type="checkbox"/> 暫無投保需求 <input type="checkbox"/> 本學期赴外交換 <input type="checkbox"/> 本學期在大陸寫論文 <input type="checkbox"/> 其他原因				

※注意事項：

1. 自願放棄醫療保險，倘學生發生任何疾病所需任何醫療費用，應由學生個人自付。
2. 本退費金額，經完成校內核銷程序後，逕匯入個人郵局帳戶中。

立書人或代理人簽名：

(未滿 20 歲者由法定代理人)

民 國 年 月 日