教职工弃保申请书

计划财务处：

本人姓名： ， 身份证号： ，

所在部门： ，工号： 。

子女姓名1： 身份证号： ，

子女姓名2： 身份证号： ，

本人已了解学校教职工子女统筹相关政策，因 （原因），自2025年度起自愿放弃学校子女统筹医疗。

 签名：

 年 月 日