**参加医疗保险证明**

华南农业大学：

兹有\_\_\_\_\_\_\_\_（身份证号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_）已（拟）在\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（街道/居委会/单位）参加2019年度\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_医疗保险，特此证明。

单位名称（公章）：

日期：2019年 月 日

备注：此证明用于华南农业大学在校大学生申请不参加由学校办理的2020年度大学生医疗保险。