**附件4**

**学生医疗保险参保证明**

南昌市医疗保障服务中心：

  兹证明 同学为我校 学院 专业 级

班级在校学生，居民身份证为 ，已按规定办理了 学年度南昌市城镇居民基本医疗保险，前往贵处办理居民医保报销事宜。

学生联系电话：

特此证明。

　　                                 东华理工大学学生资助管理中心（盖章）  
　　             年  月   日

备注：请不要随意更改表格格式，注意排版整齐。