**证明**

姓名 性别 民族 出生年月

身份证号 ，家庭住址 ，该生系我院 系 级 专业学生，该生在校期间已办理了大学生城镇医疗保险。

特此证明。

南昌大学共青学院大学生医保管理中心

 年\_\_ 月\_\_ 日