|  |
| --- |
| **위임장** |
| **구 분** | **성 명** | **생년월일** | **위임사유** |
| **위임인****(환자 본인)** |  |  | □ 환자 본인이 미성년자□ 개인사유□ 그 외 :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **수임인****(신청자)** | (위임인과의 관계 : ) |  |
| 상기 위임인은 락손필름코팅정150mg 환자 지원 프로그램 관련 업무(환급금ㆍ지원금의 수금 포함)를 상기 수임인에게 위임합니다. 이에 따라, 락손필름코팅정150mg 약제비 환급금ㆍ지원금을 상기 수임인에게 지급하여 주시기 바랍니다.**붙임자료:** 1. 위임인의 신분증 사본
* (환자가 미성년인 경우, 주민등록번호가 기재된 가족관계증명서로 갈음)
* (위임인, 수임인의 신분증 사본은 주민등록번호 뒤 7자리 삭제 후 제출 요망)
1. 수임인의 신분증 사본 및 통장 사본
2. 가족관계증명서 등 증빙서류 (주민등록번호 뒤 7자리 삭제)
3. **[붙임 4]** 신청인의 개인정보 수집·이용 동의서

|  |  |
| --- | --- |
| **서명일** |  **년 월 일** |
| **위임인(환자본인) 성명** |  |  **서명 또는 인** |  |
| **수임인(신청자) 성명** |  |  **서명 또는 인** |  |

 |