|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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** |  | | | | |