

위임장

위임자 (환자)	성명	생년월일
	주소	전화번호
위임받는 자 (대리인)	성명	생년월일
	주소	전화번호
	구분 [] 가족 및 친족 [] 이해관계인(환자와의 관계 :) [] 의료기관 사회복지사 [] 사회복지전담공무원	
위임내용	[] 재난적의료비 지급신청 [] 기타 ()	

재난적의료비 지급신청과 관련하여 상기 위임내용에 대한 일체의 권한을 위임합니다.

도 양 이

위임자(환자) (서명 또는 인)

국민건강보험공단 이사장 귀하

유의사항

1. 위임받는 자(대리인)는 본 위임장과 위임자(환자)의 주민등록증·운전면허증 또는 여권 등의 신분증명서 사본을 제출해야 하며, 대리인의 주민등록증·운전면허증 또는 여권 등의 신분증명서(대리인이 사회복지전담공무원인 경우에는 공무원임을 증명하는 신분증을 말합니다)를 공단에 함께 제시해야 합니다. 이 경우 대리인이 의료기관 사회복지사인 경우에는 재직증명서 등 의료기관 등의 종사자임을 증명할 수 있는 서류를 함께 제시합니다.
2. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 재난적의료비 지원을 받은 자 또는 제3자로 하여금 그 재난적의료비 지원을 받게 한 자는 3년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금 등의 처벌을 받을 수 있습니다.
3. 다른 사람의 인장 도용 등 허위로 위임장을 작성하여 신청한 경우에는 사문서 위·변조로 처벌을 받을 수 있습니다.