■ 암환자에 대한 의료비 지원기준 등에 관한 고시 [별지 제15호서식] <개정 2025.12.17.>

위임장

<table>
<tr><td rowspan="2">위임자
(환자)</td><td>성명</td><td></td><td>생년월일</td><td></td><td>전화번호</td><td></td></tr>
<tr><td>주소</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="7">위임받는자
(대리인)</td><td colspan="6">□ 가족 및 친족 □ 기타(환자와 관계:)</td></tr>
<tr><td>성명</td><td></td><td>생년월일</td><td></td><td>전화번호</td><td></td></tr>
<tr><td>주소</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="6">□ 지급보증</td></tr>
<tr><td>요양기관명</td><td colspan="2"></td><td>요양기관기호</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>담당부서</td><td></td><td>담당자명</td><td></td><td>전화번호</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>보건소
공무원
대리 신청</td><td colspan="6">[ ] 예 [ ] 아니오</td></tr>
<tr><td>위임내용</td><td colspan="6">[ ] 암환자의료비지원사업 등록신청
[ ] 암환자의료비지원사업 지원신청
[ ] 기타( )</td></tr>
</table>

암환자의료비지원 신청과 관련하여 상기 위임내용에 대한 일체의 권한을 위임합니다.

년 월 일

위임자(환자) : (서명 또는 인)

_____ **보건소장** 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 신분증명서를 보건소에 함께 제시하여야 합니다.
2. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 암환자의료비지원을 받은 자 또는 제3자로 하여금 그 의료비지원을 받게 한 자는 3년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금 등의 처벌을 받을 수 있습니다.
3. 위임받는 자(대리인) 유형 중 해당되는 곳에 표기를 해야 합니다.
   - 가족: 「민법」 제779조에 따른 가족으로서 배우자, 직계혈족, 형제자매, 직계혈족의 배우자, 배우자의 직계혈족 및 배우자의 형제자매
   - 친족: 「민법」 제777조에 따른 친족으로서 8촌 이내 혈족, 4촌 이내 인척, 배우자
   - 기타: 가족, 친족을 제외한 그 밖의 사람 (보건소 소속 공무원 제외)
   - 지급보증: 환자에게 권한을 위임받아 의료비를 신청하는 요양기관 등의 종사자
4. 보건소 공무원 대리 신청: 「암관리법」 제13조 및 같은 법 시행령 제10조에 따라 관할 보건소 소속 공무원이 대리 신청하는 경우 환자 또는 환자의 대리인이 자필서명을 해야 합니다.

210㎜ × 297㎜[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]