위임장

구 분	성 명	연 락 처
위임인 (환자 본인)		
수임인 (신청자)		

상기 위임인은 사이람자주 전액본인부담 약제비 환급 지원 신청 관련 업무(환급금의 수금 포함)를 상기 수임인에게 위임합니다. 이에 따라, 사이람자주 약제비 환급금을 상기 수임인에게 지급하여 주시기 바랍니다.

붙임 자료: 위임인의 신분증* 및 수임인의 신분증* 사본
*신분증 사본은 주민등록번호 뒤 7자리 삭제 후 제출

년 월 일

위임인 (자필서명)