**[붙임 5]**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **위임장** | | | |
| 구 분 | 성 명 | 주 소 | 연 락 처 |
| 위임인  (환자 본인) |  |  |  |
| 수임인  (신청자) |  |  |  |
| 상기 위임인은 잴코리캡슐 전액본인부담 약제비 환급ㆍ지원 신청 관련 업무(환급금ㆍ지원금의 수금 포함)를 상기 수임인에게 위임합니다. 이에 따라, 잴코리캡슐 약제비 환급금ㆍ지원금을 상기 수임인에게 지급하여 주시기 바랍니다.  붙임자료: 위임인의 신분증\* 및 수임인의 신분증 사본  \*위임인의 신분증 사본은 주민등록번호 뒤 7자리 삭제 후 제출 요망  년 월 일  위임인 (자필서명)  **한국화이자제약(주) 귀하** | | | |