

[붙임 4]

### 위임장

| 구분             | 성명 | 주소 | 연락처 |
|----------------|----|----|-----|
| 위임인<br>(환자 본인) |    |    |     |
| 수임인<br>(신청자)   |    |    |     |

상기 위임인은 오니바이드 전액본인부담 약제비 환급·지원 신청 관련 업무(환급금·지원금의 수금 포함)를 상기 수임인에게 위임합니다. 이에 따라, 오니바이드 약제비 환급금·지원금을 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)

**한국세르비에(주) 귀하**