

授权委托书

本授权人现委托_____（证件类型：_____有效证件号
码：_____）在_____年_____月_____日
至_____年_____月_____日期间内代为办理医疗救助的理赔事宜。并由本授权人承
担一切后果，如有任何争议或法律纠纷概由本授权人负责。

具体办理的项目：

1. 办理理赔申请

2. 受领理赔决定通知

3. 领取理赔金

授权人签名_____身份证号码_____电话_____日期_____

授权人签名_____身份证号码_____电话_____日期_____

授权人签名_____身份证号码_____电话_____日期_____

授权人签名_____身份证号码_____电话_____日期_____

授权人签名_____身份证号码_____电话_____日期_____

受托人申明：

- 一、本人保证本委托书为授权人亲笔签名，如有纠纷，本人愿意承担相应责任；
- 二、本人在授权有效期内代为办理委托事宜，严格遵循授权人的真实意愿，如果所实施的行为超出授权范围，本人自愿承担相应责任。

受托人签名：_____日期：_____年_____月_____日

联系电话：_____