

附件 2

委 托 书

委托人：____，性别____，出生日期____，身份证号码____，住址____，手机号码____。

受委托人：____，性别____，出生日期____，身份证号码____，住址____，手机号码____。

委托人____现委托受委托人____为本人的合法代理人，到____（医保经办机构名称）办理____（事项名称）医保基金先行支付业务。

受委托人在办理委托事项过程中所签署的有关文件，我均予以认可，并承担相应的法律责任。

受委托人无转委托权。

本委托书有效期自签署之日起一个月内。

委托人：

年 月 日