

【별지 제1호의2 서식】

위 임 장

위임인 (청구인)	성명 (대표자 또는 법인명)		생년월일 (법인등록번호)	
	주소 (소재지)			
수임인 (대리인)	성명		생년월일	
	주소			
	위임인과의 관계			
위임할사항 (해당란에 “○” 체크)		1. 장기요양급여비용 연간지급내역 통보서 2. 장기요양급여비용 지급통보서 3. 장기요양기관 현황통보서 4. 장기요양기관 변경사항통보서		
년 월 일 위임인 (서명 또는 인) 국민건강보험공단 ○ ○ 지사장 귀중				
※ 유의사항 : 청구인으로부터 위임을 받은 사람(수임인)은 본 위임장과 위임인 및 수임인의 신원을 확인할 수 있는 신분증 사본을 각각 제출하여야 합니다.				