【별지 제31호 서식】

위 임 장

<table>
<tr><td rowspan="2">위임
하는
사람</td><td>성 명</td><td></td><td>생년월일</td><td></td><td>전화
번호</td><td>1) 자 택 :
2) 휴대폰 :</td></tr>
<tr><td>주 소</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">위임
받는
사람</td><td>성 명</td><td></td><td>생년월일</td><td></td><td>전화
번호</td><td>1) 자 택 :
2) 휴대폰 :</td></tr>
<tr><td>주 소</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>위임자와 의
관 계</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>위임
내용</td><td colspan="6">「노인장기요양보험법」 제40조, 동법 시행규칙 제33조에 의한 장기요양급여 대상여부 확인신청서 접수 등에 관한 사항</td></tr>
</table>

위 수임인( )에게 장기요양급여 대상여부 확인신청서 접수 등에 대한 권한을 위임합니다.

년 월 일

위임자 : (서명 또는 인)

※ 첨부서류 : 위임인의 인감증명서 1부.

국민건강보험공단 이사장 귀하