

열 람 위 임 장 (Power of Attorney)

수임자 Agent	성 명 Name		전 화 번 호 Phone Number	
	신분번호 Identification number		관계 Relationship	
	주 소 Address			
위임인 Mandator	성 명 Name		전 화 번 호 Phone Number	
	신분번호 Identification number		관계 Relationship	
	주 소 Address			

위임인은 의료법 제21조 제3항 및 같은 법 시행규칙 제13조의3에 따른 진료기록 등과 공공기관의 정보공개에 관한 법률에 따른 보험금 심사에 필요한 서류(경찰서, 검찰, 법원, 소방서, 출입국, 기타 관공서 등의 보험금 심사에 필요한 일체 서류)에 대하여 수임인이 열람하거나 사본을 발급받는 것에 대해 동의하고 그와 관련한 일체 권한을 수임인에게 위임합니다.

I, as the mandator, hereby grant my agent full power and authority to access or issue copies of medical records pursuant to Article 21 Paragraph 3 of the Medical Service Act and Article 13-3 of the Enforcement Regulation of the Act and any documents (issued by the police, prosecutors, court, fire department, immigration office, or other government offices, etc.) necessary for insurance claims underwriting pursuant to the Official Information Disclosure Act, approving him/her to execute and perform on my behalf every act required thereof.

년(Year)

월 (Month)

일(Day)

본인(위임인)

Name (Mandator)

(자필서명)

(Signature)