**附件1**

**代办医保取药委托书**

委 托 人姓 名： 性别：\_\_\_\_\_\_

身份证号： 联系电话：

被委托人 姓 名： 性别：\_\_\_\_\_\_

身份证号： 联系电话：

由于本人特殊原因，不能亲自前来取药,特委托\_\_\_\_\_\_\_\_作为我的委托代理人，按照医院有关规定进行取药，对被委托人在办理上述事项过程中所产生的医疗行为，我均予以认可，并承担相应的法律责任。

委托期限：自签字之日起至上述事项办完为止。

 委托人：
 （亲笔签名）

 年 月 日

**附件2**

 **山东中医药大学附属眼科医院医保代取药登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **时间** | **参保患者****姓名** | **参保患者****身份证号码** | **代取药人姓名** | **代取药人身份证号码** | **取药人与患者关系** | **代取药原因** | **代取药人电话**  | **代取药人签字** | **接诊医生签字** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |