公费医疗报销授权委托书

本人_____，教工号：_____，因故无法前往现场办理报销手续，现全权委托（受委托人姓名）_____，身份证号或教工号：_____，代为办理公费医疗报销相关事宜。受托人在权限范围内所签署的一切有关文件，我均认可；由此所造成的一切责任均由本人承担。

本授权委托书自委托人签字之日生效，有效期壹个月。

委托人签字：　　受委托人签字：

日期：　　年　　月　　日　　日期：　　年　　月　　日

注：仅受托人报销时出示相关证件即可（证件无需复印）。