**充分知悉及授权委托声明**

致南京市医疗保险管理中心：

本人署名后即表示如下全部承诺和声明真实、完整、生效、知悉、确认。

1. 【声明】本人已被告知因出于办理学校补充医疗报销业务的需要和使用目的，需向贵中心批量调取本人子女（监护的未成年人）的医保信息。单位并已告知本人将获取的字段；单位并已告知校方对获取的信息将采取的传输、储存、处理、使用的方式和经办的机构、人员。对于上述信息，本人均被充分告知，并已理解、接受。

2. 【授权委托】基于委托办理学校补充医疗报销业务需要，本人以未成年人的监护人的身份声明并授权委托 南京中医药大学 【统一社会信用代码 12320000466006818N 】代本人向南京市医疗保险管理中心调取本人所监护的未成年人的医保数据。该单位有权转委托其工作人员经办具体业务。工作人员应持单位授权委托材料至贵中心办理业务。

未成年人姓名 ，关系 （父子、母子、父女、母女、或其他监护关系），子女公民身份号码 。

调取的数据周期：有权根据学校补充医疗报销业务需要调取子女在南京市医疗保险管理中心自2025年1月1日至2025年12月31日的全部医保数据。且至书面声明撤销、终止或南京市医疗保险管理中心调整业务流程前，单位有权继续按工作需要调取后续历年数据。南京市医疗保险管理中心调整业务流程后，按新流程授权规则执行。

授权有效期：签发之日起至书面撤销委托之日止。

1. 【本人声明】本人具有合法有效监护权，并已与其他监护人达成一致，以本人意思表示为准。本人提供的信息和材料均真实，复印件与原件均一致。因本人提供信息错误、虚假，导致学校补充医疗报销业务办理差错造成损失的，本人愿意承担信息错误、虚假的相应责任。
2. 本人身份证明（如身份证、护照、驾照等）、未成年人身份证明（如身份证、出生医学证明等）、监护权证明（如户口本、公安户籍证明等）已交单位核验并存留副本。因业务办理需要，本人另授权贵中心向单位调取、复制上述材料或要求单位告知、提供相关信息。

授权人签字： ，身份号码：

日期： 年 月 日