

# 代领声明

本人姓名：\_\_\_\_\_身份证号：\_\_\_\_\_,  
与患者姓名：\_\_\_\_\_身份证号：\_\_\_\_\_系  
\_\_\_\_\_关系。由于患者离世，无法领取新冠住院救治费用退费，经与患者所有亲属共同协商，特委托本人代领此笔退费。为了避免纠纷，特做如下声明：

今后如有一切代领纠纷和造成的一切后果，其责任概由本人承担，与湖南省人民医院无关。

**特此声明！**

声明人：

联系电话：

日期：