附件1：

**授权委托书**

（大病医疗提取）

受托单位：中山市住房公积金管理中心

委托人（法定代表人或代理人）：

性别： 证件号码：

联系电话：

联系地址：

现委托受托单位在办理本人大病医疗提取住房公积金业务时可以直接查询本人社保年度（自 年7月1日至 年6月30日）个人支付的特定（特殊）病种门诊与住院医疗费用信息。

费用信息核实后，由受托单位按政策相关要求办理提取，金额转账至 银行储蓄卡，账号： 。因银行账号原因转账不成功的，责任由本人承担。

注：请填写住房公积金账号绑定的联名卡，如需变更，需提前通过“中山公积金”微信公众号或前台窗口办理。

委托人签名：

20 年 月 日