**法定代表人身份证明书**

致玉溪市医疗保障局：

（法定代表人的姓名）（身份证号码：XXXX）在我单位担任（职务），系我单位（单位名称）法定代表人。

特此证明！

附：法定代表人居民身份证复印件

|  |  |
| --- | --- |
| 法定代表人居民身份证复印件粘贴处（正面） | 法定代表人居民身份证复印件粘贴处（背面） |

单位名称（盖章）：

日 期：