

تاریخ :

شماره :

فرم درخواست هزینه های مازاد درمان

<p>توسط کارمند تکمیل گردد</p>	<p>اینجانب کارمند شاغل در قسمت <input type="checkbox"/> صندوق عادی <input type="checkbox"/> صندوق ویژه</p> <p>هزینه های (نوع هزینه مشخص شود).</p> <p>مربوط به مدارک پیوست را دارم .</p> <p>به مبلغ ریال (به حروف) به شماره پرسنلی درخواست دریافت</p> <p>تلفن تماس : امضاء و تاریخ :</p>
<p>توسط امور کارکنان تکمیل شود</p>	<p>بدینوسیله گواهی می شود بیمه شده اصلی و بیمار فوق در سال گذشته و جاری نیز عضویت پوشش بیمه مازاد کارکنان دانشگاه را داشته اند / نداشته اند.</p> <p>صندوق عادی : شماره کدهای عضویت در پوشش سال گذشته: بیمه شده اصلی ۱۶۰ - بیمار ۱۶۰ - شماره کدهای عضویت در قرارداد جدید : بیمه شده اصلی ۱۶۰ - بیمار ۱۶۰ -</p> <p>صندوق ویژه : شماره کدهای عضویت در پوشش سال گذشته: بیمه شده اصلی ۱۶۰ - بیمار ۱۶۰ - شماره کدهای عضویت در قرارداد جدید : بیمه شده اصلی ۱۶۰ - بیمار ۱۶۰ -</p> <p>مهر- امضاء - تاریخ</p>
<p>حساب صندوق توسط امور مالی مشخصات مبلغ واریزی به</p>	<p>حق بیمه متعلق طی حواله شماره ۸۵۴۹۹ مورخ ۹۳/۷/۳۰ از طریق بانک ملی به مبلغ ۱۰۲۰۰۴۸۰۰۰۰ ریال (به حروف یک میلیارد و بیست میلیون و چهارصد و هشتاد هزار ریال) به حساب جاری ۰۱۱۴۱۷۱۴۱۷۰۰۹ به نام صندوق تامین هزینه مازاد درمان کارکنان دانشگاه نزد بانک ملی شعبه دانشگاه آزاد واریز و رسید آن طی نامه شماره ۸۵۱۴ مورخ ۹۳/۸/۴ به اداره کل منابع انسانی و سیاستهای رفاهی دانشگاه ارسال گردیده است .</p> <p>مهر _ امضا _ تاریخ</p>
<p>نظریه کمیته بیمه و رفاه واحد</p>	<p>نام بیمه شده اصلی : نام بیمار :</p> <p>نوع هزینه / عمل : تاریخ هزینه : کد عمل جراحی</p> <p>صورت هزینه های ارائه شده به مبلغ : ریال (به حروف)</p> <p>بیمه گر اول (تامین اجتماعی) به مبلغ : ریال (به حروف)</p> <p>موافقت کمیته به مبلغ : ریال (به حروف)</p> <p>مهر و امضای اعضای کمیته</p>
<p>توسط امور مالی واحد مشخصات چک صادره</p>	<p>کسورات : تایید و امضاء</p> <p>مبلغ قابل پرداخت : کارشناس بیمه سازمان مرکزی / هیئت امنای استان</p>

تذکر: در تعیین عضویت بیمه شده در یکی از صندوقهای عادی یا ویژه نهایت دقت بعمل آید .