

تاریخ:

شماره:

پیوست:

فرم مربوط به درخواست هزینه های پزشکی نمایندگان

مدیریت محترم امور مناطق، شعب و نمایندگان

احتراما؛ به پیوست تعداد برگ مدارک پزشکی به شرح ذیل، جهت بررسی و پرداخت هزینه مربوط تقدیم می گردد.

آدرس دفتر نمایندگی:					بیمه شده اصلی		
شماره تماس:					نام و نام خانوادگی:		
					کد نمایندگی:		
ردیف	نام بیمار	نسبت	تاریخ تولد	شماره شناسنامه	عنوان هزینه	تاریخ هزینه	مبلغ (ریال)
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							
۶							
۷							
۸							
۹							
۱۰							
۱۱							
۱۲							
۱۳							
۱۴							
۱۵							
۱۶							
۱۷							
۱۸							
۱۹							
۲۰							

تذکر: هر فرم مخصوص ۲۰ برگ هزینه می باشد، لذا از درج ردیف اضافی

مهر و امضاء بیمه شده اصلی (نماینده)