

تاریخ:

شماره:

فرم درخواست هزینه های مازاد درمان

<p>توسط کارمند تکمیل گردد.</p>	<p>اینجانب: کارمند شاغل در قسمت: به شماره پرسنلی:</p> <p>عضو صندوق (عادی / ویژه) (درخواست دریافت هزینه های مازاد درمان ذیل را دارم.</p> <p>نام و نام خانوادگی بیمار: نسبت با بیمه شده اصلی نوع هزینه مبلغ هزینه (ریال)</p> <p>تلفن تماس: (الزامی)</p> <p>امضاء و تاریخ تحویل:</p>										
<p>توسط امور اداری تکمیل شود.</p>	<p>بدینوسیله گواهی می شود بیمه شده اصلی و بیمار فوق در سال گذشته و جاری نیز عضویت پوشش مازاد درمان کارکنان دانشگاه را داشته اند/نداشته اند.</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 15%; text-align: center;">صندوق عادی</td> <td style="width: 85%;"> شماره کدهای عضویت در پوشش سال گذشته: بیمه شده اصلی شماره کدهای عضویت در قرارداد جدید: بیمه شده اصلی </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">صندوق ویژه</td> <td> شماره کدهای عضویت در پوشش سال گذشته: بیمه شده اصلی شماره کدهای عضویت در قرارداد جدید: بیمه شده اصلی </td> </tr> </table> <p>مهر دانشگاه امضاء دبیر کمیته</p>	صندوق عادی	شماره کدهای عضویت در پوشش سال گذشته: بیمه شده اصلی شماره کدهای عضویت در قرارداد جدید: بیمه شده اصلی	صندوق ویژه	شماره کدهای عضویت در پوشش سال گذشته: بیمه شده اصلی شماره کدهای عضویت در قرارداد جدید: بیمه شده اصلی						
صندوق عادی	شماره کدهای عضویت در پوشش سال گذشته: بیمه شده اصلی شماره کدهای عضویت در قرارداد جدید: بیمه شده اصلی										
صندوق ویژه	شماره کدهای عضویت در پوشش سال گذشته: بیمه شده اصلی شماره کدهای عضویت در قرارداد جدید: بیمه شده اصلی										
<p>مشخصات مبالغ واریزی به حساب صندوق توسط امور مالی تکمیل شود.</p>	<p>حق بیمه متعلق طی حواله شماره ۲۹۶ مورخ ۹۷/۱۲/۲۲ از طریق بانک ملی به مبلغ ۱۴۵۵۳۰۰۰۰۰ ریال (به حروف: یک میلیارد و چهارصد و پنجاه و پنج میلیون و سیصد هزار ریال) به حساب جاری ۰۱۰۴۴۵۰۴۴۵۰۰۲ به نام صندوق تأمین هزینه مازاد درمان کارکنان دانشگاه نزد بانک ملی شعبه دانشگاه واریز و رسید آن طی نامه شماره ۱/۱۲۴-۲۶-۰۱ مورخ ۹۸/۰۱/۱۸ به اداره کل منابع انسانی و سیاست های رفاهی دانشگاه ارسال گردیده است.</p> <p>مهر-امضاء-تاریخ</p>										
<p>نظریه کمیته بیمه و رفاه واحد</p>	<p>نام بیمه شده اصلی: نام بیمار:</p> <p>نوع هزینه/عمل: تاریخ هزینه:</p> <p>هزینه های ارائه شده به مبلغ: ریال (به حروف):</p> <p>بیمه گر اول (تأمین اجتماعی) به مبلغ: ریال (به حروف):</p> <p>موافقت کمیته به مبلغ: ریال (به حروف):</p> <p>مهدی حسن زاده دکتر سید احمد هاشمی</p> <p>دبیر کمیته بیمه و رفاه رئیس واحد</p> <p>معاون اداری مالی مهر و امضاء اعضای کمیته</p>										
<p>شماره حساب واحد</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <th>بانک</th> <th>نام شعبه</th> <th>کد شعبه</th> <th>شماره حساب</th> <th>شناسه واریز</th> </tr> <tr> <td>ملی</td> <td>۱۵ خرداد</td> <td>۷۲۷۸</td> <td>۱۰۵۶۷۷۹۸۷۰۰۱</td> <td>-----</td> </tr> </table>	بانک	نام شعبه	کد شعبه	شماره حساب	شناسه واریز	ملی	۱۵ خرداد	۷۲۷۸	۱۰۵۶۷۷۹۸۷۰۰۱	-----
بانک	نام شعبه	کد شعبه	شماره حساب	شناسه واریز							
ملی	۱۵ خرداد	۷۲۷۸	۱۰۵۶۷۷۹۸۷۰۰۱	-----							
<p>امنای استان تکمیل رفاهی و سیاست های انسانی</p>	<p>کسورات:</p> <p>مبلغ قابل پرداخت:</p> <p>امضاء و تاریخ:</p> <p>کارشناس بیمه سازمان مرکزی/هیئت امنای استان</p>										

نمونه برگ شماره ۵۳/۱۱۷

تذکر: در تعیین نوع عضویت بیمه شده در یکی از صندوق های عادی یا ویژه نهایت دقت بعمل آید. مسؤلیت هرگونه خسارت در صورت بروز مشکل بعهدہ دبیر کمیته بیمه و رفاه می باشد.