



## فرم درخواست هزینه‌های مزاد درمان

تاریخ: .....

شماره: .....

پیوست: .....

به شماره پرسنلی  امضاء و تاریخ	کارمند شاغل در قسمت  ریال (به حروف)	اینجانب درخواست دریافت هزینه‌های (نوع هزینه مشخص شود): مربوط به طبق مدارک پیوست را دارم. <input type="checkbox"/> صندوق عادی <input type="checkbox"/> صندوق ویژه تلفن تماس:	توسط کارمند تکمیل گردد
بدینوسیله گواهی می‌شود بیمه شده اصلی و بیمار فوق در سال گذشته و جاری نیز عضویت پوشش مزاد درمان کارکنان دانشگاه را داشته‌اند. / نداشته‌اند.			
صندوق عادی } شماره کدهای عضویت در پوشش سال گذشته: بیمه شده اصلی بیمار بیمار } شماره کدهای عضویت در قرارداد جدید: بیمه شده اصلی صندوق ویژه } شماره کدهای عضویت در پوشش سال گذشته: بیمه شده اصلی بیمار } شماره کدهای عضویت در قرارداد جدید: بیمه شده اصلی مهر _ امضاء _ تاریخ			
حق بیمه متعلق طی حواله شماره ۵۸۸۵۵۰ مورخ ۹۶/۸/۶ از طریق بانک ملی شعبه دانشگاه آزاد اسلامی واحد یادگار امام خمینی (ره) شهری به مبلغ ۴/۷۷۶/۶۶۰/۰۰۰ ریال (به حروف: چهار میلیارد و هفتصد و هفتاد و شش میلیون و ششصد و شصت هزار ریال) به حساب ۰۱۱۴۱۷۱۴۱۷۰۰۹ به نام بیمه مزاد درمان کارکنان دانشگاه نزد بانک ملی شعبه دانشگاه آزاد (کد شعبه ۱۰۱۷) واریز و رسید آن طی نامه شماره ۰۸۲۳/۲۳۴۱۰ مورخ ۹۶/۸/۷ به اداره کل منابع انسانی و سیاست‌های رفاهی دانشگاه ارسال گردیده است. مهر و امضاء _ تاریخ			
نام بیمه شده اصلی: نام بیمار: نوع هزینه / عمل تاریخ هزینه: کد عمل جراحی: صورت هزینه های ارائه شده به مبلغ ریال (به حروف): بیمه گر اول (تامین اجتماعی) به مبلغ: ریال (حروف): موافقت کمیته به مبلغ: ریال (به حروف): کسورات: مبلغ قابل پرداخت: امضاء و تاریخ کارشناس بیمه سازمان مرکزی / دبیرخانه استان هیئت امنای استان تکمیل گردد. توسط اداره کل منابع انسانی و سیاست‌های رفاهی و دبیرخانه			

تذکر: در تعیین نوع عضویت بیمه شده در یکی از صندوق‌های عادی یا ویژه نهایت دقت به عمل آید مسئولیت هرگونه خسارت در صورت بروز مشکل بعهده دبیر کمیته بیمه و رفاه می‌باشد.