

تاریخ:

شماره:

پیوست:

فرم درخواست هزینه های مزاد درمان ۱۳۹۵

توسط کارمند تکمیل گردد	اینجانب در خواست دریافت هزینه های (نوع هزینه مشخص شود). مربوط به طبق مدارک پیوست را دارم. <input type="checkbox"/> صندوق عادی <input type="checkbox"/> صندوق ویژه تلفن تماس:	کارمند شاغل در قسمت به شماره پرسنلی	ریال (به حروف): امضاء و تاریخ:
توسط امور اداری تکمیل شود	بدینوسیله گواهی میشود بیمه شده اصلی و بیمار فوق در سال گذشته و جاری نیز عضویت پوشش مزاد درمان کارکنان دانشگاه را داشته اند/ نداشته اند. صندوق عادی } شماره کدهای عضویت در پوشش سال گذشته: بیمه شده اصلی بیمار صندوق ویژه } شماره کدهای عضویت در پوشش سال گذشته: بیمه شده اصلی بیمار مهر - امضاء - تاریخ		
صندوق توسط امور مالی تکمیل شود	حق بیمه متعلق طی حواله شماره ۲۷۲۵۹۹ مورخ ۹۵/۰۷/۰۳ از طریق بانک ملی ایران به مبلغ ۴/۱۵۰/۳۸۰/۰۰۰ ریال (به حروف: چهارمیلیارد و یکصد و پنجاه میلیون و سیصد و هشتاد هزار ریال) به حساب جاری ۰۱۱۴۱۷۱۴۱۷۰۰۹ به نام بیمه مزاد درمان کارکنان دانشگاه نزد بانک ملی ایران شعبه دانشگاه آزاد اسلامی (کد شعبه ۱۰۱۷) واریز و رسید آن طی نامه شماره ۵۴۳۳۹ مورخ ۹۵/۰۷/۰۴ به اداره کل منابع انسانی و سیاستهای رفاهی دانشگاه ارسال گردیده است. مهر - امضاء - تاریخ		
نظریه کمیته بیمه و رفاه واحد	نام بیمه شده اصلی : نام بیمار: نوع هزینه / عمل : تاریخ هزینه : ارائه شده به مبلغ : ریال (به حروف): بیمه گر اول (تامین اجتماعی) به مبلغ : ریال (به حروف): موافقت کمیته به مبلغ : ریال (به حروف): مهر و امضاء اعضای کمیته	نام بیمار: کد عمل جراحی : تاریخ هزینه : ریال (به حروف): ریال (به حروف): ریال (به حروف):	صورت هزینه های ریال ریال ریال
توسط اداره کل منابع انسانی و سیاست های رفاهی و یا دبیر خانه هیئت امنای استان تکمیل گردد.	کسورات: مبلغ قابل پرداخت:	تایید و امضاء کارشناس	

تذکر: در تعیین نوع عضویت بیمه شده در یکی از صندوقهای عادی یا ویژه نهایت دقت بعمل آید مسئولیت هر گونه خسارت در صورت بروز مشکل بعد از دبیر کمیته بیمه و رفاه میباشد.