

فرم درخواست هزینه های مازاد درمان

توسط کارمند تکمیل گردد	<p>اینجانب <input type="checkbox"/> کارمند شاغل در قسمت <input type="checkbox"/> به شماره پرسنلی <input type="checkbox"/> عضو صندوق عادی <input type="checkbox"/> صندوق ویژه <input type="checkbox"/> درخواست دریافت هزینه های مازاد درمان ذیل را دارم.</p> <p>نام و نام خانوادگی بیمار <input type="text"/> نسبت با بیمه شده اصلی <input type="text"/> نوع هزینه <input type="text"/> تاریخ هزینه <input type="text"/> مبلغ هزینه <input type="text"/> ریال</p> <p>تلفن تماس (الزامی) <input type="text"/> امضاء و تاریخ تحویل: <input type="text"/></p>												
توسط امور اداری تکمیل گردد	<p>بدینوسیله گواهی می شود بیمه شده اصلی و بیمار فوق در سال گذشته و جاری نیز عضویت پوشش مازاد درمان کارکنان دانشگاه را به شرح ذیل داشته اند</p> <table border="0"> <tr> <td data-bbox="1257 741 1422 842">صندوق عادی</td> <td data-bbox="635 741 1257 842">شماره کدهای عضویت در پوشش سال گذشته: بیمه شده اصلی</td> <td data-bbox="357 741 411 792">بیمار</td> </tr> <tr> <td></td> <td>شماره کدهای عضویت در قرار داد جدید: بیمه شده اصلی</td> <td>بیمار</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1257 887 1406 987">صندوق ویژه</td> <td>شماره کدهای عضویت در پوشش سال گذشته: بیمه شده اصلی</td> <td>بیمار</td> </tr> <tr> <td></td> <td>شماره کدهای عضویت در قرار داد جدید: بیمه شده اصلی</td> <td>بیمار</td> </tr> </table> <p>مهر دانشگاه <input type="text"/> امضاء دبیر کمیته <input type="text"/></p>	صندوق عادی	شماره کدهای عضویت در پوشش سال گذشته: بیمه شده اصلی	بیمار		شماره کدهای عضویت در قرار داد جدید: بیمه شده اصلی	بیمار	صندوق ویژه	شماره کدهای عضویت در پوشش سال گذشته: بیمه شده اصلی	بیمار		شماره کدهای عضویت در قرار داد جدید: بیمه شده اصلی	بیمار
صندوق عادی	شماره کدهای عضویت در پوشش سال گذشته: بیمه شده اصلی	بیمار											
	شماره کدهای عضویت در قرار داد جدید: بیمه شده اصلی	بیمار											
صندوق ویژه	شماره کدهای عضویت در پوشش سال گذشته: بیمه شده اصلی	بیمار											
	شماره کدهای عضویت در قرار داد جدید: بیمه شده اصلی	بیمار											
مشخصات مبلغ واریزی	<p>حق بیمه متعلق طی حواله شماره ۴۶۲۶۲۶ مورخه ۹۶/۰۷/۳۰ از طریق بانک ملی شعبه دانشگاه به مبلغ ۵۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال (به حروف: پانصد میلیون ریال) به حساب جاری ۰۱۱۴۱۷۱۴۱۷۰۰۹ به نام بیمه مازاد درمان کارکنان دانشگاه نزد بانک ملی شعبه دانشگاه آزاد اسلامی واحد میانه (کد شعبه ۱۰۱۷) واریز و رسید آن طی نامه شماره ۱۳/۱۷/۱/۱۶۵۷۵۹ مورخه ۹۶/۰۸/۰۱ به اداره کل منابع انسانی و سیاست های رفاهی دانشگاه ارسال گردید است.</p> <p>مهر - امضاء - تاریخ <input type="text"/></p>												
نظریه کمیته رفاه واحد	<p>نام بیمه شده اصلی <input type="text"/> نام بیمار: <input type="text"/></p> <p>نوع هزینه / عمل <input type="text"/> تاریخ هزینه: <input type="text"/> کد عمل جراحی: <input type="text"/></p> <p>به مبلغ: <input type="text"/> ریال (به حروف): <input type="text"/></p> <p>بیمه گر اول (تامین اجتماعی) به مبلغ: <input type="text"/> ریال (به حروف): <input type="text"/></p> <p>موافقت کمیته به مبلغ: <input type="text"/> ریال (به حروف): <input type="text"/></p> <p>مهر و امضاء اعضای کمیته <input type="text"/></p>												
شماره حساب	<table border="1"> <tr> <td>بانک</td> <td>نام شعبه</td> <td>کد شعبه</td> <td>شماره حساب</td> <td>شناسه واریز</td> </tr> <tr> <td>ملی</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>درج شماره حساب الزامی می باشد</p>	بانک	نام شعبه	کد شعبه	شماره حساب	شناسه واریز	ملی						
بانک	نام شعبه	کد شعبه	شماره حساب	شناسه واریز									
ملی													
توسط اداره کل	<p>کسورات: <input type="text"/></p> <p>مبلغ قابل پرداخت: <input type="text"/></p> <p>تأیید و امضاء کارشناس <input type="text"/></p>												