



## فرم ارسال هزینه های درمانی کارکنان

شماره سند: FM-HI-67/01

تاریخ: / / ۱۳

پیوست: .....

صفحه: ۱ از ۱

نام بیمه شده اصلی:

شماره پرسنلی:

محل خدمت:

پست سازمانی:

تلفن تماس:

مشخصات نسخ:

(لطفا در این قسمت چیزی ننویسید)

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	موضوع هزینه	تاریخ هزینه	مبلغ هزینه	فرانشیز	مبلغ قابل پرداخت	توضیحات
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							
۶							
جمع							

امضاء و تاریخ ارسال:

مبلغ قابل پرداخت به حروف:

هزینه های فوق طی حواله شماره ..... مورخ ..... به امور مالی اعلام گردید.

تحويل گیرنده

کارشناس ارزیاب

تایید کننده

تذکر: تکمیل مشخصات قید شده به ویژه شماره پرسنلی و محل خدمت توسط همکاران الزامیست.

هر فرم مختص ۶ برگ هزینه درمان می باشد، لذا از درج ردیف اضافه خودداری فرمایید.

هر برگ هزینه می بایست دارای نام بیمار، تاریخ و مبلغ پرداخت شده، ریز اقلام دارویی و مهر پزشک یا مرکز درمانی بصورت خوانا باشد.