



فرم درخواست هزینه‌های پزشکی

تاریخ: / /

امور محترم اداری :

احترامات تعداد برگ هزینه‌های پزشکی اینجانب به شماره پرسنلی و افراد تحت تکفل به شرح زیر اعلام و ضمیمه مدارک پزشکی می‌گردد.

توسط بیمه گر تکمیل گردد				توسط بیمه شده تکمیل گردد			
توضیحات	مبلغ قابل پرداخت	فرانشیز	هزینه تأیید شده	هزینه اعلام شده	تاریخ هزینه	نوع هزینه	نام بیمار
							۱
							۲
							۳
							۴
							۵
							۶
							۷
							۸
							۹
					جمع :		

امضاء کارشناس :

امضاء بیمه شده :