

« فرم درخواست هزینه‌های مازاد درمان »

تاریخ:

شماره:

توسط کارمند تکمیل گردد	اینجانب کارمند شاغل در قسمت به شماره پرسنلی عضو صندوق عادی <input type="checkbox"/> صندوق ویژه <input type="checkbox"/> درخواست دریافت هزینه‌های مازاد درمان ذیل را دارم.										
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">نام و نام خانوادگی بیمار</th> <th style="width: 20%;">نسبت با بیمه شده اصلی</th> <th style="width: 20%;">نوع هزینه</th> <th style="width: 20%;">تاریخ هزینه</th> <th style="width: 20%;">مبلغ هزینه</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	نام و نام خانوادگی بیمار	نسبت با بیمه شده اصلی	نوع هزینه	تاریخ هزینه	مبلغ هزینه					
نام و نام خانوادگی بیمار	نسبت با بیمه شده اصلی	نوع هزینه	تاریخ هزینه	مبلغ هزینه							
	تلفن تماس (الزامی): امضاء و تاریخ تحویل:										
توسط امور اداری تکمیل شود	بدینوسیله گواهی می‌شود بیمه شده اصلی و بیمار فوق در سال گذشته و جاری نیز عضویت پوشش مازاد درمان کارکنان دانشگاه را داشته‌اند/ نداشته‌اند. <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">صندوق عادی</td> <td style="width: 50%; border: none;">شماره کدهای عضویت در پوشش سال گذشته: بیمه شده اصلی</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">شماره کدهای عضویت در قرارداد جدید: بیمه شده اصلی</td> <td style="width: 50%; border: none;">بیمار</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">صندوق ویژه</td> <td style="width: 50%; border: none;">شماره کدهای عضویت در پوشش سال گذشته: بیمه شده اصلی</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">شماره کدهای عضویت در قرارداد جدید: بیمه شده اصلی</td> <td style="width: 50%; border: none;">بیمار</td> </tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none; text-align: center; vertical-align: bottom;"> مهر دانشگاه امضاء دبیر کمیته </td> </tr> </table>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">صندوق عادی</td> <td style="width: 50%; border: none;">شماره کدهای عضویت در پوشش سال گذشته: بیمه شده اصلی</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">شماره کدهای عضویت در قرارداد جدید: بیمه شده اصلی</td> <td style="width: 50%; border: none;">بیمار</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">صندوق ویژه</td> <td style="width: 50%; border: none;">شماره کدهای عضویت در پوشش سال گذشته: بیمه شده اصلی</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">شماره کدهای عضویت در قرارداد جدید: بیمه شده اصلی</td> <td style="width: 50%; border: none;">بیمار</td> </tr> </table>	صندوق عادی	شماره کدهای عضویت در پوشش سال گذشته: بیمه شده اصلی	شماره کدهای عضویت در قرارداد جدید: بیمه شده اصلی	بیمار	صندوق ویژه	شماره کدهای عضویت در پوشش سال گذشته: بیمه شده اصلی	شماره کدهای عضویت در قرارداد جدید: بیمه شده اصلی	بیمار	مهر دانشگاه امضاء دبیر کمیته
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">صندوق عادی</td> <td style="width: 50%; border: none;">شماره کدهای عضویت در پوشش سال گذشته: بیمه شده اصلی</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">شماره کدهای عضویت در قرارداد جدید: بیمه شده اصلی</td> <td style="width: 50%; border: none;">بیمار</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">صندوق ویژه</td> <td style="width: 50%; border: none;">شماره کدهای عضویت در پوشش سال گذشته: بیمه شده اصلی</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">شماره کدهای عضویت در قرارداد جدید: بیمه شده اصلی</td> <td style="width: 50%; border: none;">بیمار</td> </tr> </table>	صندوق عادی	شماره کدهای عضویت در پوشش سال گذشته: بیمه شده اصلی	شماره کدهای عضویت در قرارداد جدید: بیمه شده اصلی	بیمار	صندوق ویژه	شماره کدهای عضویت در پوشش سال گذشته: بیمه شده اصلی	شماره کدهای عضویت در قرارداد جدید: بیمه شده اصلی	بیمار	مهر دانشگاه امضاء دبیر کمیته		
صندوق عادی	شماره کدهای عضویت در پوشش سال گذشته: بیمه شده اصلی										
شماره کدهای عضویت در قرارداد جدید: بیمه شده اصلی	بیمار										
صندوق ویژه	شماره کدهای عضویت در پوشش سال گذشته: بیمه شده اصلی										
شماره کدهای عضویت در قرارداد جدید: بیمه شده اصلی	بیمار										
مشخصات مبالغ واریزی به حساب صندوق	حق بیمه متعلق طی حواله شماره ۴۵۷۷۹۹ مورخ ۹۷/۱۲/۲۸ از طریق بانک ملی به مبلغ ۵/۳۰۵/۸۶۰/۰۰۰ ریال (پنج میلیارد و سیصد و پنج میلیون و هشتصد و شصت هزار ریال) از طریق بانک ملی به حساب شماره ۰۱۰۴۴۵۰۴۴۵۵۰۰۲ به نام صندوق بیمه مازاد درمان کارکنان نزد بانک ملی شعبه دانشگاه آزاد (کد شعبه ۱۰۱۷) واریز و رسید آن از طریق سامانه ساجد به مدیریت امور رفاهی سازمان مرکزی ارسال گردیده است. مهر - امضاء - تاریخ										
نظر به کمیته بیمه و رفاه واحد	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">نام بیمه شده اصلی:</td> <td style="width: 50%; border: none;">نام بیمار:</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">نوع هزینه / عمل:</td> <td style="width: 50%; border: none;">تاریخ هزینه:</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">صورت هزینه‌های ارائه شده به مبلغ:</td> <td style="width: 50%; border: none;">ریال (به حروف):</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">بیمه گر اول (تأمین اجتماعی) به مبلغ:</td> <td style="width: 50%; border: none;">ریال (به حروف):</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">موافقت کمیته به مبلغ:</td> <td style="width: 50%; border: none;">ریال (به حروف):</td> </tr> </table> مهر و امضاء اعضای کمیته	نام بیمه شده اصلی:	نام بیمار:	نوع هزینه / عمل:	تاریخ هزینه:	صورت هزینه‌های ارائه شده به مبلغ:	ریال (به حروف):	بیمه گر اول (تأمین اجتماعی) به مبلغ:	ریال (به حروف):	موافقت کمیته به مبلغ:	ریال (به حروف):
نام بیمه شده اصلی:	نام بیمار:										
نوع هزینه / عمل:	تاریخ هزینه:										
صورت هزینه‌های ارائه شده به مبلغ:	ریال (به حروف):										
بیمه گر اول (تأمین اجتماعی) به مبلغ:	ریال (به حروف):										
موافقت کمیته به مبلغ:	ریال (به حروف):										
شماره حساب واحد	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 15%;">باتک</td> <td style="width: 15%;">نام شعبه</td> <td style="width: 15%;">کد شعبه</td> <td style="width: 15%;">شماره حساب</td> <td style="width: 15%;">شناسه واریز</td> </tr> <tr> <td>ملی</td> <td>دانشگاه</td> <td>۶۶۲۰</td> <td>۰۲۱۶۸۳۲۰۱۳۰۰۶</td> <td>۹۵۲۳۰۴۰۲۷۷</td> </tr> </table> درج شماره حساب الزامی می‌باشد	باتک	نام شعبه	کد شعبه	شماره حساب	شناسه واریز	ملی	دانشگاه	۶۶۲۰	۰۲۱۶۸۳۲۰۱۳۰۰۶	۹۵۲۳۰۴۰۲۷۷
باتک	نام شعبه	کد شعبه	شماره حساب	شناسه واریز							
ملی	دانشگاه	۶۶۲۰	۰۲۱۶۸۳۲۰۱۳۰۰۶	۹۵۲۳۰۴۰۲۷۷							
توسط اداره کل منابع انسانی و سیاست‌های رفاهی و یا دبیرخانه هیئت امنای استان تکمیل گردد	کسورات: مبلغ قابل پرداخت: تأیید و امضاء کارشناس										

نمونه برگ شماره ۴۷/۱۱۷

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