

فرم ارسال هزینه های درمانی (بیمارستانی، پاراکلینیکی، دندانپزشکی، دارو و ...) دانشگاه گیلان

تاریخ:

 شرکتی بازنشسته شاغل

کد ملی:

نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی:

تاریخ تحویل مدارک:

شماره تماس:

ردیف	نام بیمه شده	کد ملی	نسبت	عنوان هزینه	تعداد	تاریخ هزینه	مبلغ هزینه
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							
۶							
۷							
۸							
۹							
۱۰							
۱۱							
۱۲							
۱۳							
۱۴							
۱۵							
۱۶							
۱۷							
۱۸							
۱۹							
۲۰							
۲۱							
۲۲							
۲۳							
۲۴							
۲۵							

جمع کل:

امضاء بیمه شده اصلی:

دریافت کننده: