



فرم ارسال هزینه های درمانی سرپایی (پارا کلینیکی، دندانپزشکی، دارو آزمایش ...)

نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی:..... کد ملی بیمه شده اصلی:..... شماره تماس:.....

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	کد ملی بیمار	نوع هزینه	تاریخ هزینه	مبلغ هزینه	توضیحات (کد رهگیری، تعداد برگه، عودتی ...)
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						
۷						

امضا نماینده بیمه:

امضا بیمه شده اصلی:

تاریخ تحویل: