

نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی:

نام بیمه‌گذار:

کد ملی بیمه شده اصلی:

شماره تلفن همراه بیمه شده اصلی:

شماره حساب و شبای بیمه شده اصلی (به همراه نام بانک):

تاریخ تحویل مدارک: / /

این قسمت توسط بیمه‌گر تکمیل خواهد شد

این قسمت توسط بیمه شده/بیمه‌گذار تکمیل شود

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	تاریخ هزینه	نوع اقدام تشخیصی یا درمانی	مبلغ پرداختی (ریال)	مبلغ تأیید شده قبل از کسر فرانشیز (ریال)	توضیحات
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						
۷						
۸						
۹						
۱۰						

نام و نام خانوادگی و امضاء تحویل دهنده

مهر و امضاء دبیرخانه