



سازمان مرکزی دانشگاه فرنگیان
اداره کل پشتیبانی و رفاه کارکنان

فرم درخواست هزینه های مستقیم سرپایی

شرکت سهامی بیمه ایران
واحد خسارت درمان



نام بیمه شده اصلی :	کد ملی بیمه شده اصلی :	شماره قرارداد : ۱۴۰۰/۳۳۲/۳۰۲۰/۴
کد پرسنلی :	شماره تماس :	تاریخ تحویل اسناد : ۱۴۰۰/۰۶/۰۱ - ۱۴۰۱/۰۵/۳۱
* شماره پرونده / بسته از سامانه ثبت خسارت مستقیم :		

ریز هزینه ها

* توجه : بیمه شده ی گرامی برای تسهیل و تسریع در پرداخت هزینه، لطفاً اطلاعات هر نسخه را در یک ردیف مجزا و به طور دقیق و خوانا ثبت نماید.

ردیف	کد رهگیری	نام و نام خانوادگی بیمار	کد ملی بیمار	نوع خدمت	تاریخ هزینه	مبلغ پرداختی	توضیحات
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							
۶							
۷							
۸							

نام و امضاء بیمه شده ی اصلی / نماینده بیمه گزار :

توضیحات کارشناس:	تاریخ:	مهر و امضاء کارشناس
توضیحات بازبین:	تاریخ:	مهر و امضاء بازبین

* کاربر محترم ثبت هزینه : هر نسخه از هزینه های جدول ، بایستی به صورت نسخه ی مجزا ثبت گردد. (از ثبت تجمیعی نسخ خودداری گردد.)