



تاریخ:

شماره:

پیوست:

فرم انصراف از بیمه مازاد درمان سال ۹۵

رییس اداره بیمه و رفاه کارکنان

باسلام

احتراماً اینجانب با شماره پرسنلی کارمند/هیات علمی شاغل در

درخواست انصراف از صندوق بیمه مازاد درمان در سال ۹۵ خودم افراد

تحت تکفل می باشم. خواهشمند است اقدامات لازم را مبذول فرمائید.

مشخصات فرد تحت تکفل: (در صورتی که می خواهید عضوی از اعضاء تحت پوشش بیمه مازاد درمان خود را در سال ۹۵ حذف نمایید ، مشخصات شخص مورد نظر در جدول ذیل قید گردد)

ردیف	نام و نام خانوادگی	نسبت
۱		
۲		
۳		
۴		

امضاء همکار(بیمه شده اصلی)

تایید رابط امور اداری

تاریخ: