

تاریخ: \_\_\_\_\_

شماره: \_\_\_\_\_

## \* فرم درخواست هزینه های مزاد درمان \*

نسخه اول: سازمان مرکزی نسخه دوم: امور مالی واحد نسخه سوم: دبیر خانه واحد نمونه برگ شماره ۴۷/۱۱۷	اینجانب _____ کارمند شاغل در قسمت _____ به شماره پرسنلی _____ درخواست دریافت هزینه های ( نوع هزینه مشخص شود ) . مربوط به _____ به مبلغ _____ ریال ( به حروف: _____ ریال ) طبق مدارک پیوست را دارم . <input type="checkbox"/> صندوق عادی / <input type="checkbox"/> صندوق ویژه تلفن تماس: _____ امضاء و تاریخ: _____	توسط کارمند تکمیل گردد
	بدینوسیله گواهی می شود بیمه شده اصلی و بیمار فوق در سال گذشته و جاری نیز عضویت پوشش مزاد درمان کارکنان دانشگاه را <input type="checkbox"/> داشته اند / <input type="checkbox"/> نداشته اند صندوق عادی: شماره کدهای عضویت در پوشش سال گذشته: بیمه شده اصلی: _____ بیمار: _____ شماره کدهای عضویت در قرار داد جدید: بیمه شده اصلی: _____ بیمار: _____ صندوق ویژه: شماره کدهای عضویت در پوشش سال گذشته: بیمه شده اصلی: _____ بیمار: _____ شماره کدهای عضویت در قرار داد جدید: بیمه شده اصلی: _____ بیمار: _____ مهر - امضاء - تاریخ	توسط امور کارکنان تکمیل گردد
	حق بیمه متعلق طی سند شماره ۶۵۳۵ مورخ ۹۵/۰۸/۲۲ به مبلغ ۹/۷۶۸/۶۶۰/۰۰۰ ریال ( به حروف: نه میلیارد و هفتصد و شصت و هشت میلیون و ششصد و شصت هزار ریال ) که از طریق مکاتبه با سازمان مرکزی طی نامه شماره ۳/۲۲۳۷۶ مورخ ۹۵/۸/۹ با معاونت محترم اداری و مالی دانشگاه و تایید جناب آقای دکتر احسانی به حساب فی مابین سازمان مرکزی و دانشگاه آزاد اسلامی ( واحد مشهد ) تهاتر شده است. مهر - امضاء - تاریخ	مشخصات مبلغ واریزی به حساب صندوق توسط امور مالی تکمیل شود
	این کمیته پس از بررسی صورت هزینه های ارائه شده به مبلغ _____ ریال و تطبیق با تعهدات بخشنامه و باتوجه به کسر تعهدات بیمه گر اول ( سازمان تامین اجتماعی ) به مبلغ: _____ ریال ( به حروف: _____ ریال ) با پرداخت مبلغ: _____ ریال ( به حروف: _____ ریال ) بابت تامین هزینه مزاد درمان آقای / خانم _____ کارمند شاغل در _____ به شماره پرسنلی _____ موافقت می نماید . امضای اعضای کمیته بیمه و رفاه: _____ مهر واحد: _____	نظریه کمیته بیمه و رفاه واحد
چک شماره: _____ مورخ: _____ عهده بانگ: _____ به مبلغ: _____ ریال ( به حروف: _____ ) بابت تامین هزینه مزاد درمان ( عادی / ویژه ) آقای / خانم: _____ صادر شد . امضاء و تاریخ: _____	مشخصات چک صادره توسط امور مالی واحد	

تذکر: در تعیین نوع عضویت بیمه شده در یکی از صندوق های عادی یا ویژه دقت بعمل آید مسئولیت هرگونه خسارت در صورت بروز مشکل بعد از دبیر کمیته بیمه و رفاه میباشد .