

لیست هزینه های خسارت درمانی دانشکده فنی انقلاب اسلامی تهران

تاریخ:

کد ملی بیمه شونده:

نام و نام خانوادگی:

نوع استخدام: رسمی  شرکتی  قراردادی

تلفن همراه:

ردیف	نام بیمار	کد ملی بیمار	نسبت / اصلی / تبعی	تاریخ هزینه	نوع هزینه	مبلغ اعلام شده	مبلغ تایید شده توسط ارزیاب
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							
۶							
۷							
۸							
۹							
10							
11							
12							

نام و نام خانوادگی تحویل گیرنده:

نام و نام خانوادگی تحویل دهنده:

امضا

امضا