**دانشگاه آزاد اسلامی**

**واحد خوراسگان**

با سمه تعالی

**تاریخ :**

**شماره:**

فرم درخواست هزینه های مازاد درمان

|  |  |
| --- | --- |
| **توسط کارمندان تکمیل گردد** | **اینجانب**  **کارمند شاغل در قسمت** **به شماره پرسنلی**  **نسخه اول:سازمان مرکزی**  **درخواست دریافت هزینه های(نوع هزینه مشخص) شود.**  **مربوط به** **به مبلغ** **ریال (به حروف** **ریال)  طبق مدارک پیوست را دارم.**  **صندوق عادی**  **صندوق ویژه**  **تلفن تماس:** امضاء و تاریخ |
| **توسط امور کارکنان تکمیل شود** | **بدینوسیله گواهی می شود بیمه شده اصلی و بیمار فوق در سال گذشته و جاری نیز عضویت پوشش مازاد درمان کارکنان دانشگاه را داشته اند/ نداشته اند.**  **نسخه دوم:امور مالی واحد**  **شماره کدهای عضویت در پوشش سال گذشته:بیمه شده اصلی:** ......................................... **بیمار**: .................................. **شماره کدهای عضویت در قرارد ا د جـدید : بیمه شده اصـلی :** ......................................... **بیمار:** .................................  **صندوق عادی**  **شماره کدهای عضویت در پوشش سال گذشته:بیمه شده اصلی :** ..................................... **بیمار:** ................................. **شماره کدهای عضـویت در قرارد ا د جـدید : بیمه شده اصـلی :** ................................... **بیمار:** .................................  **صندوق ویژه**  **صندوق ویژه**      مهر- امضاء- تاریخ |
| **مشخصات مبالغ واریزی به حساب صندوق توسط امور مالی تکمیل شود** | **حق بیمه متعلقه طی حواله شماره : 131190/307 مورخ : 30 /06/91 به مبلغ : 000/230/ 970ريال از طریق بانک ملت (به حروف: نهصد هفتاد میلیون دویست سی هزارریال) به حساب جاری 72/39446-72 به نام صندوق تأمین هزینه مازاد درمان کارکنان دانشگاه نزد بانک ملت شعبه گلستان پاسداران واریز و رسید آن طی نامه شماره16081 -3-14-04 مورخ 02/07/1391 به مدیریت امور رفاهی سازمان مرکزی ارسال گردیده است.**  **نسخه سوم:دبیرخانه واحد**  مهر- امضاء و تاریخ |
| **نظریه کمیته بیمه و رفاه واحد** | **این کمیته پس از بررسی صورت هزینه های ارائه شده به مبلغ** .............................................................................. **ریال و تطبیق با تعهدات بخشنامه و با توجه به کسر تعهدات بیمه گر اول(سازمان تأمین اجتماعی) به مبلغ** ...............................................................**ریال(به حروف:**.............................................................................................................................................................................. **ریال) با پرداخت مبلغ**............................................................................ **ریال (به حروف:**.................................................................................................................................................................................... **ریال) بابت تأمین هزینه مازاد درمان  آقای/ خانم**............................................................................. **کارمند شاغل در** ............................................................................. **به شماره پرسنلی** ................................................. **موافقت می نماید.**  **امضاء اعضای کمیته بیمه و رفاه: مهر واحد:**  1- دبیر بیمه رفاه 2- معاون دانشجویی 3- معاون اداری مالی 4- رئیس کمیته  **نمونه برگ شماره 117/47**  **حسینیان دکترعلیرضا جلالی زند دکتر مسعود حیدری دکتر احمدعلی فروغی ابری** |
| **مشخصات چک صادره توسط امور مالی واحد** | **چک شماره مورخ عهده بانک به مبلغ ریال (به حروف ریال ) در وجه بابت تأمین هزینه مازاد درمان(عادی/ویژه)آقای/ خانم صادر شد.**  امضاء و تاریخ |

**تذکر: در تعیین نوع عضویت بیمه شده در یکی از صندوق های عادی یا ویژه نهایت دقت بعمل آید مسئولیت هر گونه خسارت در صورت بروز مشکل بعهده   
دبیرکمیته بیمه و رفاه می باشد.**