

تاریخ تنظیم :

نام بیمه گذار: (شرکت / بیمه شده اصلی)

شماره بیمه نامه / عضویت :

ردیف	بیمه شده		شرح						
	نام و نام خانوادگی	کد ملی	بستری / پارکلینیکی	تاریخ	دستور پزشکی	گزارش	قبض صندوق	تعداد صفحات	مبلغ پرداخت شده (ریال)
۱									
۲									
۳									
۴									
۵									
۶									
۷									
۸									
۹									
۱۰									
۱۱									
۱۲									
۱۳									
۱۴									
۱۵									
۱۶									
۱۷									
۱۸									
۱۹									
۲۰									

گیرنده	فرستنده
نام تحویل گیرنده:	نام بیمه گذار / نماینده بیمه گذار:
امضاء:	شماره تماس:
تاریخ دریافت:	تاریخ تحویل مدارک به اداره پست:
تاریخ ارسال:	پارکد - شناسه مرسوله اداره پست:
	موبایل:

راهکارهای نوین را با ما تجربه کنید . [www.refahafarin.ir](http://www.refahafarin.ir) با آرزوی سلامتی برای شما