



تاریخ تنظیم:

### لیست اعلام هزینه های درمانی

نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی:	کد ملی بیمه شده اصلی:
نام بیمه گذار:	شماره تماس:

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	نوع هزینه	تاریخ هزینه	مبلغ اعلامی (ریال)	کد ملی	مبلغ تایید شده
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						
۷						
		جمع کل				

امضا

نام و نام خانوادگی: