



تاریخ :

نام بیمه گذار :

شماره بیمه نامه :

این قسمت توسط بیمه گذار / نمایندگی تکمیل گردد

ردیف	پرستش	نام بیمار	سرپرست	تاریخ هزینه	عنوان هزینه	مبلغ خسارت	فرانشیز	قابل پرداخت
۱								
۲								
۳								
۴								
۵								
۶								
۷								
۸								
۹								
۱۰								
۱۱								
۱۲								
۱۳								
۱۴								
۱۵								
۱۶								
۱۷								
۱۸								
۱۹								
۲۰								

جمع کل :

مهر یا امضاء