


کد مدرک	فرم	 سازمان سلامت آبران هم اداره کل بیمه سلامت استان مازندران
	ابطال	

از: تاریخ:

به: شماره:

بدینوسیله آقای / خانم کارمند این ابطال دفترچه درمانی بشرح زیر معرفی، خواهشمند است نسبت به درخواست نامبرده اقدام فرمائید:

جمع		بیمه شدگان تعهدی						بیمه شدگان عادی			میزان حقوق و مزایای مستمر	
حق سرانه درمان (ریال)	تعداد دفترچه	خواهر	برادر	فرزندان	مادر	پدر	فرزندان عادی	همسر	کارمند	ریال
												دفترچه موجودی
												کاهش
												جمع

بدیهی است معوقه از تاریخ لغایت بمدت بابت جلد دفترچه مبلغ ریال از حقوق و مزایای ماه سال کسر و نقداً توسط کارمند به حساب آن واریز گردید / می گردد:

مهر و امضاء کارگزین مهر و امضاء امور مالی مهر و امضاء رئیس

مشخصات دفترچه های مورد درخواست

ردیف	نام و نام خانوادگی	تاریخ تولد			شماره شناسنامه	محل صدور	نسبت	علت ابطال
		روز	ماه	سال				

توضیحات در پشت ورقه

