وحدة الموارد البشرية

أنموذج مطالبة مالية خاص بالتامين الصحي

الاسم :- ..... الرقم الوظيفي ( )

صفة التعيين ( ) فئة التامين الصحي ( )

الوظيفة ومكان العمل :..... تاريخ التعيين : / /

قيمة المطالبة رقما ( )

قيمة المطالبة كتابة (.....)

رقم الفاتورة :

أسباب المطالبة :

.....

.....

توقيع صاحب المطالبة : التاريخ / /

مرفقات المطالبة :

01

02

03

04

رأي لجنة التأمين الصحي :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

توقيع رئيس اللجنة

***يرجى تعبئة هذا النموذج والتوقيع عليه حسب الأصول وتسليمه للجنة التأمين الصحي غير منقوص في وحدة الموارد البشرية.**