

فرم بازپرداخت هزینه‌های درمانی

مشخصات

نام کارمند:	تلفن:
کد ملی:	تاریخ:
شماره ی کارمندی:	پست الکترونیکی:
سمت:	بخش:

هزینه‌های درمانی

مبلغ	پزشک یا اشخاص دیگر	تاریخ دریافت خدمات درمانی
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

مجموع هزینه‌های درمانی که می‌بایست بازپرداخت شود

بیمه ی خدمات درمانی: دارم ندارم بیمه دندانپزشکی: دارم ندارم بیمه ی چشم پزشکی: دارم ندارم

هزینه‌های مراقبت از فرزند و وابستگان

نام شخص مراقب:	نام و وابسته:	کد ملی:
_____	_____	_____
آدرس:	نام و وابسته:	_____
_____	_____	_____
خدمات:	از:	الی:
_____	_____	_____
_____	از:	الی:
_____	از:	الی:
_____	_____	_____

مجموع کل هزینه‌های مراقبتی که می‌بایست بازپرداخت گردد:

امضاء مراقب

تاریخ:

اینجانب درستی و صحت اطلاعات این فرم را تصدیق می‌نمایم . همچنین تصدیق می‌نمایم که تقاضای بازپرداخت هزینه‌هایی که اینجانب در طول مدت یکسال متحمل شده‌ام، از هر نظر مطابق با طرح بوده و هزینه‌های فوق قبلاً توسط این طرح بازپرداخت نشده است و توسط این طرح یا هر طرح مساعده‌ی دیگری نیز در آینده بازپرداخت نخواهد شد. همچنین تأیید می‌نمایم که هیچ ادعایی مبنی بر کاهش میزان مالیات بر درآمد به جهت هزینه‌هایی که از طریق این طرح باز پرداخت می‌شود و یا هر هزینه دیگری نخواهم داشت و کلیه مجازات‌ها و مسئولیت‌های مربوط به عدم رعایت موارد مذکور را می‌پذیرم.

امضاء کارمند:

تاریخ:

در صورتی که رسید در اختیار نداشته باشید، هزینه‌های شما باز پرداخت نخواهد شد، مگر آنکه مراقب، این فرم را تأیید نماید.

تنها برای استفاده‌ی اجرایی

بررسی کننده:

تاریخ:

سال طرح:

تأیید شده:

ریال رد شده:

ریال

دلیل عدم پذیرش:

اقدامات:

دستورالعمل‌های مربوط به تکمیل فرم بازپرداخت هزینه‌های درمانی و مراقبتی

- تنها کارمندانی که در این طرح مشارکت دارند می‌توانند از منافع آن منتفع شوند. کارمندان می‌توانند در هر زمانی از سال (طول سال در طرح ذکر شده است) بازپرداخت هزینه‌های خود را دریافت دارند.
- بازپرداخت تنها برای هزینه‌های توافق شده‌ای که کارمند در طول سال (طول سال در طرح ذکر شده است) دارد، صورت گیرد.
- برای هر تقاضای بازپرداخت، فرم مربوطه می‌بایست تکمیل گردد.
- در صورتی که هزینه‌های کارمند شما در این طرح بازپرداخت گردد، نمی‌توانید آنها را در فرم مالیاتی خود به جهت کاهش مالیات قید نمائید.
- شما با امضاء این فرم اطمینان کامل می‌دهید که این هزینه‌ها توسط طرح‌های دیگری مجدداً باز پرداخت نخواهد شد.

ثبت باز پرداخت هزینه‌های درمانی

- تمامی صورتحساب‌ها و اسناد مربوطه می‌بایست از ارائه دهنده‌ی خدمات اخذ و ثبت گردد.
- تمامی اسناد می‌بایست نام و مشانی اشخاص ارائه دهنده‌ی خدمات، تاریخ ارائه‌ی خدمات، مبالغ دریافتی از سوی ایشان و توضیح مختصری از خدمات را داشته باشد.
- شما می‌بایست لیست خدماتی را که تحت پوشش بیمه قراردارند به شرکت ارائه نمایید.
- در مجموع، آن دسته از هزینه‌هایی که از طریق این طرح بازپرداخت می‌شوند، هزینه‌هایی هستند که توسط سازمان نظارت بر درآمدهای داخلی و بر اساس قوانین درآمدهای داخلی، معاف از مالیات می‌باشند.

ثبت بازپرداخت مراقبت از وابستگان

- شما می‌بایست از مراقب بخواهید قسمت مشخص شده از فرم مربوطه را امضاء نماید و یا رسیدی از وی دریافت و ضمیمه نمایید.
- نام، نشانی، شماره‌ی مالیاتی مراقب، تاریخ‌های ارائه‌ی خدمات و مبالغ دریافتی را به‌دقت در فرم قید نمایید.

□ تمامی هزینه‌های توافق شده در طرح مسترد خواهند شد. اما مبلغی بیش از مانده ی حسابتان پرداخت نمی شود. مانده ی حسابتان مجموع تمامی مبالغ واریزی به حساب مخارج خدمات مراقبتی منهای بازپرداختهای صورت گرفته می‌باشد.

□ در مجموع، آن دسته از هزینه هایی که از طریق این طرح بازپرداخت می‌شوند، تماماً بر اساس مجموع قوانین درآمدهای داخلی توسط سازمان نظارت بر درآمدهای داخلی، به عنوان هزینه‌های استخدام در نظر گرفته می‌شوند.