

نموذج رقم ()

منطقة :

مكتب :

طلب

صرف تعويض الأجر المستحق
للمؤمن عليها عن اجازة الوضع

رقم المنشأة :

اسم المنشأة :

العنوان :

رقم تاميني :

اسم المؤمن عليها :

* تاريخ الاشتراك بتأمين المرض :

تاريخ الاتحاق بالخدمة لدى صاحب العمل الأخير :

عدد مرات الوضع	تاريخ الوضع	مدة الاجازة	قيمة التعويض		جهة وتاريخ الصرف
			قرش	جنيه	
المررة الأولى					
المررة الثانية					
المررة الثالثة					

اقر أنا / بأن البيانات الموضحة بعاليه صحيحة وعلى مسئوليتي

تحريراً فى / /

(توقيع المؤمن عليها)

(توقيع وخاتم صاحب العمل)

* تستوفى بمعرفة المكتب