لیست هزینه های درمانی											
نام دانشگاه:						کد ملی بیمه شده اصلی:				تاریخ:	
ردیف	کد ملی بیمار	نام بیمار	نسبت	عنوان تکفل	نام بیمه شده اصلی	تاریخ هزینه	شرح درمان	مبلغ خسارت	مبلغ تایید شده	توضیحات	
۱											
۲											
۳											
۴											
۵											
۶											
۷											
۸											
۹											
۱۰											
۱۱											
۱۲											