

Генеральному директору

от _____
(ФИО, полностью)

Паспорт № _____

Выдан "____" _____

Зарегистрирован по адресу:

полис ОМС _____

серия _____ номер _____

Телефон _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

О ВОЗМЕЩЕНИИ НЕОБОСНОВАННО ПОНЕСЕННЫХ РАСХОДОВ
НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ),
ОКАЗАННОЙ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ _____

(субъект РФ)

Прошу возместить мне расходы, понесенные при получении
медицинских услуг в _____,

наименование медицинской организации
работающем в системе обязательного медицинского страхования
_____, в итоговой сумме _____.

наименование субъекта РФ

Мои денежные затраты возникли при следующих обстоятельствах:

Прилагаю на _____ листах документы, подтверждающие получение
медицинских услуг в _____,

наименование медицинской организации
работающем в системе обязательного медицинского страхования, и факт
оплаты мною суммы, подлежащей возмещению (выписки из медицинской
карты, финансовые документы и т.д.):

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Настоящим заявлением я подтверждаю (не подтверждаю) свое согласие
на истребование в судебном порядке страховой медицинской организацией
от медицинской организации подлежащих возврату в мой адрес денежных
средств в части суммы, превышающей размер действовавшего на период
оказания медицинской помощи тарифа на медицинские услуги
(медицинскую помощь) в обязательном медицинском страховании

наименование субъекта РФ

Прошу организовать возврат мне денежных средств путем (нужное
подчеркнуть) наличной выплаты, перевода денег на мой лицевой счет №

_____.

"____" _____ 201_ г.