Додаток 2

Голові Правління
ГО «Лікарняна каса Львівської залізниці»

_____
(назва філії ГО «Лікарняна каса Львівської залізниці»)
члена лікарняної каси _____

_____
(ПІБ повністю)
проживаю за адресою _____

_____

_____

місце праці _____

_____

контактний телефон _____

ЗАЯВА
на виплату компенсації

Прошу здійснити компенсацію витрат на лікування та діагностику у відповідності до Програми надання медичної допомоги членам ГО «Лікарняна каса Львівської залізниці».

_____
(назва медичного закладу)
з «_____» _____ 20_____ по «_____» _____ 20_____

До заяви додаю:

– Копію виписки із Медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого (форма 027/о)/Копію консультативного висновку спеціаліста (форма 028/о) при амбулаторних діагностичних обстеженнях;
– Копію довідки про РНОКПП (присвоєння ідентифікаційного податкового номера) / у разі його відсутності – копію паспорта;
– Копію реквізитів банку та особового рахунку в друкованому вигляді для перерахування компенсації;
– **Оригінали платіжних документів:** фіскальних чеків, розрахункових квитанцій або інших розрахункових документів, передбачених законодавством, в кількості ____ штук.
– **Додатково:**
  - При лікуванні за кордоном – переклад усіх документів, які подаються на компенсацію, з іноземної мови на державну мову, засвідчений бюро перекладів або нотаріусом;
  - Учасник бойових дій – копію посвідчення УБД або іншого документу, який підтверджує його участь у бойових діях (з військових частин, ТЦК та СП, від роботодавця тощо);
  - Посмертні виплати: спадкоємець члена ЛК надає копії документів, які підтверджують його право на отримання компенсації.

Компенсацію прошу перерахувати:

Назва банку _____

IBAN UA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

РНОКПП | | | | | | | | | | |
(ідентифікаційний податковий номер) заявника

«___» _____ 20___ р. _____
(підпис)