

Голові Правління
ГО «Лікарняна каса Львівської залізниці»
Члена лікарняної каси з _____ року

(П.І.Б. повністю)

проживаю за адресою _____

працюю _____

контактний телефон

ЗАЯВА

Відповідно до Програми надання медичної допомоги членам ГО «Лікарняна каса Львівської залізниці», прошу компенсувати мені витрати на придбання лікарських засобів, медичних виробів, діагностику та інші медичні послуги під час стаціонарного (амбулаторного) лікування в

(назва медичного закладу)
у період з «___» _____ 20__ р. до «___» _____ 20__ р.

До заяви додаю:

- Копію виписки із Медичної карти стаціонарного (амбулаторного) хворого (форма 027/о)/ Копію консультативного висновку спеціаліста (ф. 028/о) при амбулаторних діагностичних обстеженнях;
- Копію довідки про присвоєння ідентифікаційного номера/у разі його відсутності – копію паспорта;
- **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 на державну мову, засвідчений фахівцем, який має відповідну освіту/акредитацію 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 _____

Ідентифікаційний номер заявника _____

«___» _____ 20__ р.

(підпис)