**\*\*\*فرم نامه ابطال بیمه درمان فردی که پایان کار دارد**

**جناب آقای**

**سرپرست محترم مدیریت امور پشتیبانی ورفاهی**

**باسلام واحترام،**

**به استحضار می رساند باتوجه به ابلاغ پایان کار آقا / خانم ............................ به علت .................... ازپرسنل مرکز........................... ازتاریخ ....................... به شماره کد ملی .................. که دارای بیمه درمان طرح ........... اصلی ...... نفر وتبعی ........ نفر می باشند نام ایشان از تاریخ مذکور ازلیست بیمه شدگان مرکز حذف گردد. لذا خواهشمند است دستور اقدامات لازم را مبذول فرمائید.**

**مدارک لازم :**

**1-حکم کارگزینی**

**2-ابلاغ پایان کار**

**3- فرم تعهدنامه ازسامانه بیمه درمان دانشگاه**