



صندوق بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر

شماره:

تاریخ:

بسمه تعالی



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت رفاه و تأمین اجتماعی

## اعتراض به رأی کمیسیون پزشکی توسط بیمه شده

صندوق بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر

اداره کل امور درمان

احتراماً، بدینوسیله اینجانب ..... فرزند ..... بیمه شده به شماره .....  
نزد کارگزاری ..... اعتراض خود را بشرح زیر نسبت به رأی کمیسیون بدوی / تجدیدنظر پزشکی  
مورخ ..... اعلام داشته . خواهشمند است نسبت به معرفی اینجانب به کمیسیون تجدیدنظر پزشکی طبق  
مقررات اقدام فرمایند . ۱۷/۲۴

شرح موضوع و علت اعتراض :

---

---

---

---

---

---

---

---

نام و نام خانوادگی :

تاریخ :

امضاء یا اثر انگشت :