



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝ. ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ



Εθνικός  
Οργανισμός  
Παροχής  
Υπηρεσιών  
Υγείας  
www.eopyy.gov.gr

**ΑΙΤΗΣΗ & ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΞΟΔΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ ΣΤΟΝ ΕΟΠΥΥ**

Ημ/νια : ...../...../ 20....

**ΑΙΤΗΣΗ**

(Συμπληρώνεται με τα στοιχεία του ίδιου του ασφαλισμένου)

**Προς : ΕΟΠΥΥ ΚΥΚΛΑΔΩΝ**

ΕΠΩΝΥΜΟ : .....

ΟΝΟΜΑ : .....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ : .....

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ: .....

Αρ. Μητρώου Βιβλιαρίου .....

ΑΜΚΑ.....

ΤΑΜΕΙΟ : .....

Δ/ση Κατοικίας : .....

.....

Τ.Κ.:..... Περιοχή : .....

Τηλέφωνο : .....

Α.Φ.Μ.: .....

Σας υποβάλλω δικαιολογητικά δαπανών υγείας και παρακαλώ να ενεργήσετε για την έγκριση τους και πληρωμή αυτών μέσω τραπεζικού λογαριασμού.

**ΕΜΜΕΣΟ ΜΕΛΟΣ:**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ

.....

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ

.....

ΑΜΚΑ

.....

**Ο ΑΙΤΩΝ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΣ**

**ΠΡΟΣΟΧΗ!!!! ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ:**

- 1) ΦΩΤΟΤΥΠΙΑ 1ΗΣ ΣΕΛΙΔΑΣ ΒΙΒΛΙΑΡΙΟΥ ΤΡΑΠΕΖΗΣ/Η ΕΚΤΥΠΩΣΗ ΤΡΑΠΕΖΑΣ ΜΕ ΤΟ ΙΒΑΝ ΟΠΟΥ ΦΑΙΝΕΤΑΙ Ο ΑΜΕΣΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ ΠΡΩΤΟΣ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΣ
- 2) ΦΩΤΟΤΥΠΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΒΙΒΛΙΑΡΙΟΥ (ΜΕ ΠΛΗΡΗ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΡΕΧΟΝΤΟΣ ΕΤΟΥΣ)