



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



Εθνικός
Οργανισμός
Παροχής
Υπηρεσιών
Υγείας

ΑΙΤΗΣΗ

Περιγραφή Αιτήματος: «Απόδοση Δαπάνης για έκτακτη περίθαλψη που παρασχέθηκε σε Κράτος – Μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ΕΟΧ, Ελβετία»

Προς:	ΠΕ. ΔΙ. ΕΟΠΥΥ..... Τμήμα Παροχών Ασθένειας	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ:

ΟΝΟΜΑ*:	ΕΠΩΝΥΜΟ*:
Ασφαλιστική Σχέση*:	<input type="checkbox"/> Άμεσος <input type="checkbox"/> Έμμεσος, (συμπληρώστε το όνομ/μο του έμμεσου μέλους) ΑΜΚΑ έμμεσου μέλους:
Όνομα Πατρός*:	Ημερομηνία Γέννησης*:
Α.Δ.Τ./Αρ. Διαβατηρίου*:	Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης*:
Αριθμός Μητρώου Βιβλιαρίου σε ισχύ*:	Α.Μ.Κ.Α. *:
Διεύθυνση Κατοικίας*:	Τηλέφωνο επικοινωνίας*:
Διεύθυνση Ηλεκτρονικού Ταχυδρομείου (e-mail)*:	
Κράτος Μέλος Ευρωπαϊκής Ένωσης λήψης περίθαλψης*:	
Ημερομηνία ή χρονικό διάστημα λήψης περίθαλψης (από – έως)*:	
*Στοιχεία απαιτητά για την επεξεργασία του αιτήματος	

