



Instituto de Seguridad  
y Servicios Sociales  
de los Trabajadores  
del Estado



**FORMATO DE SOLICITUD DE REEMBOLSO**

**FECHA:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL DERECHOHABIENTE Y/O NO DERECHOHABIENTE:**

\_\_\_\_\_  
**Apellido paterno                      Apellido materno                      Nombre (s)                      R.F.C.**

\_\_\_\_\_  
**Domicilio:**

\_\_\_\_\_  
**Colonia:                                      Municipio:                                      C.P.**

\_\_\_\_\_  
**Estado:                                      Teléfono:**

**NOMBRE DEL PROMOVENTE:**

\_\_\_\_\_  
**Apellido paterno                      Apellido materno                      Nombre (s)**

\_\_\_\_\_  
**Domicilio:**

\_\_\_\_\_  
**Colonia:                                      Municipio:                                      C.P.**

\_\_\_\_\_  
**Estado:                                      Teléfono:                                      Dependencia:**

**NOMBRE DEL PACIENTE:**

\_\_\_\_\_  
**Apellido paterno                      Apellido materno                      Nombre (s)                      Edad**

\_\_\_\_\_  
**Domicilio:**

\_\_\_\_\_  
**Colonia:                                      Municipio:                                      C.P.**

\_\_\_\_\_  
**Estado:                                      Teléfono:**

**Cantidad Solicitada: \$** \_\_\_\_\_  
**(Cantidad en número)**

\_\_\_\_\_  
**(Cantidad en letra)**

**Unidad (es) Médica (s) Involucrada (s):** \_\_\_\_\_

**Fecha y Hora del Suceso:** \_\_\_\_\_



