



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: _____

