**SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS DE SALUD (BIENESTAR)**

TITULAR

|  |
| --- |
|  |

RUT

|  |
| --- |
|  |

**SI LOS GASTOS CORRESPONDEN AL SOCIO, COMPLETE ACA:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N° DOCUMENTO | FECHA DEL GASTO | TIPO DE DOCUMENTO (boleta-bono-reembolso-receta) | MONTO |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**SI LOS GASTOS CORRESPONDEN A SU CARGA FAMILIAR, COMPLETE ACA:**

NOMBRE DE SU CARGA1

|  |
| --- |
|  |

RUT

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N° DOCUMENTO | FECHA DEL GASTO | TIPO DE DOCUMENTO (boleta-bono-reembolso-receta) | MONTO |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

FECHA DE ENVIO A BIENESTAR

|  |
| --- |
|  |

CANTIDAD TOTAL DE DOCUMENTOS ENVIADOS (igual a lo detallado previamente)

|  |
| --- |
|  |

[[1]](#footnote-1)

1. Cargas Familiares debidamente acreditadas y actualizadas en la Institución [↑](#footnote-ref-1)