

CAISSE NATIONALE DE PREVOYANCE SOCIALE
C. Na. P. S.

AMPEFILOHA - B.P. 233 - ANTANANARIVO - 101

FANGATAHANA FANONERANA NY VOLA LANY TAMIN' NY FITERAHANA

DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS MEDICAUX D'ACCOUCHEMENT

(Art. 77 Ordonnance 60-119 du 1-10-60 du Code du Travail)

FARITRA NATOKANA HO AN' NY C.Na.P.S.
PARTIE RESERVEE A LA C.Na.P.S.

C/C	A	DÉCADE	N° D'ORDRE	MATRICULE TRAVAILLEUR

FANAMARINAN' NY MPAMPIASA — ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR

Anoran' ilay Mpampiasa :
Nom de l'Employeur :

Adiresy :
Adresse :

Dia manamarina la
Certifié que Mme ou Mlle :

Dia miasa ao aminy hatramin' ny
Est employée à son service depuis le :

Ary ny asany dia
En qualité de :

Nialo tamin' ny asany izy niantomboka tamin' ny
Elle a interrompu son travail depuis le :

Daty
Date :

Sonia sy Filomboka
Signature et Cachet

Nomeraon' ny Mpampiasa
Matricule Employeur

NY MIKASIKA ILAY MPANGATAKA — IDENTIFICATION de la REQUERANTE

Atao Sora-Printy Vaventy — Ecrire en Capitale

Anarana :
Nom :

Fanampin' Anarana
Prénoms :

Teraka tamin' ny :
Née le :

Vakim-Pileovana
Sous-Préfecture de :

Province de :

Zanak' i
Fils ou Fillè de :

et de :

Adiresin ny Fonenana
Adresse du Domicile :

N° Kara-Panondro
N° de la Carte d'Identité :

N° aty amin' ny C.Na.P.S.
Matricule à C.Na.P.S. :

N° ao amin' ny Mpampiasa
Réf. chez l'Employeur :

Anaran' ny Vadinao
Nom du Mari :

Raha tsy mpiasam-panjakana ny vadinao, apetaho eto ny nomeraony aty amin' ny C.Na.P.S.
Si votre mari n'est pas fonctionnaire, portez ci-contre son matricule à la C.Na.P.S.

Sonia na Tondro-tanana
(Signature ou empreintes digitales)

MATRICULE EMPLOYEUR

O.P. RÉFÉRENCE CHEZ L'EMPLOYEUR

DATE DE NAISSANCE

S/P NAISSANCE S/P CORRESP.

DATE D'EMBAUCHE

DATE INTERRUPTION TRAVAIL

N° C.I.

MONTANT F. A.

DATE DE RÉDACTION

LIEU D'ACC.

TOERANA NITERAHANA AO ANTOKANTRANO — A DOMICILE

Anaran' ny Dokotera na ny Mpampivelona
Nom du Médecin ou de la Sage-Femme :

Adiresy :
Adresse :

Daty Niterahana
Date d'accouchement :

Totalim-bola lany tamin' ny niterahana (1)
Montant des Frais d'accouchement :

(1) Ampiaraho amin' ity fangatahana ity ny torontasy fanamarinana ny vola lany tamin' ny niterahana
Joindre à la présente demande les pièces justificatives des frais Médicaux d'Accouchement.

Sonia (Signature)

Lazaina la marina tsy misy fitaka
Certifié Sincère et Exact

A _____ le _____ 19____

LIEU D'ACCOUCHEMENT ANY AMIN' NY TRANO FITERAHANA — DANS UN CENTRE MEDICAL

Trano Fampiterahana
Centre d'Accouchement :

Adiresy :
Adresse :

Daty nidirana
Date d'entrée :

Daty Niterahana
Date d'Accouchement :

Daty nialana
Date de sortie :

Totalim-bola lany tamin' ny Niterahana (1)
Montant des Frais d'Accouchement :

Fitomboky ny Trano Fiterahana na ny Dokotera na ny Mpampivelona
Cachet du Centre Médical du Médecin ou de la Sage-Femme

VISAS

Scé	N'Agent	DATE
A Ex.		
F Y		
ORD.		