



سازمان بهداشت و سلامت ایران
اداره کل بهداشت استان

فرم

کد مدرک:

08 FM 013 02

افزایش عائله جهت کلیه صندوقها

نوع بیمه: ۱- کارکنان دولت ۲- کارکنان بازرگانی راه و ترابری ۳- سایر اقشار ۴- خویش فرما (اتباع خارجی) ۵- بیمه ایرانیان: گروهی انفرادی ۶- روستایی و عشایر ۷- ساکنین شهرهای زیر ۲۰/۰۰۰ نفر

مشخصات بیمه شده اصلی (سرپرست):

نام: کد بیمه درمانی سرپرست: کد خانوار خانه بهداشت: نام خانوادگی: تعداد عائله تحت تکفل قبل از تکمیل فرم: شماره پرسنلی: نام پدر: عراقی افغانی سایر

مشخصات بیمه شده تبعی:

نام و نام خانوادگی	نوع وابستگی	نام پدر	شماره شناسنامه	شماره مسلسل شناسنامه/شماره شناسایی اتباع	شماره ملی	تاریخ تولد	جنسیت	تاریخ ازدواج	تاریخ طلاق	تاریخ شروع بیمه	شماره		تاریخ بیماری خاص
											فیش	حواله	

<p>صحت اطلاعات این پرسشنامه مورد تأیید است. اداره کل / دفتر امور اتباع و مهاجرین خارجی</p> <p>محل مهر و امضاء و تاریخ</p> <p>اداره امور عشایر</p> <p>محل مهر و امضاء و تاریخ</p>	<p>صحت اطلاعات این پرسشنامه مورد تأیید است. کسر حق بیمه درمان طبق مقررات جاری، تعهد می شود. مؤسسه بیمه گزار:</p> <p>مهر و امضاء</p> <p>خانه بهداشت / مرکز بهداشتی درمانی روستایی</p> <p>محل مهر و امضاء و تاریخ</p>	<p>ثبت اطلاعات در رایانه بلا مانع می باشد.</p> <p>واحد درآمد:</p> <p>مهر و امضاء:</p>	<p>ثبت اطلاعات در رایانه ثابت شد.</p> <p>واحد بیمه گری</p> <p>تاریخ:</p> <p>مهر و امضاء:</p>
		<p>تاریخ:</p>	<p>تاریخ:</p>

اینجانب سرپرست خانواده (نامبرده / نامبردهگان فوق الذکر) صحت مطالب تکمیل شده را تأیید می نمایم.

محل امضاء، اثر انگشت و تاریخ