



سازمان بهداشت ایران
اداره کل بیمه سلامت استان

فرم

کد مدرک

08 FM 013 03

افزایش عائله جهت کلیه صندوقها

نوع بیمه: ۱- کارکنان دولت ۲- کارکنان ماده ۳۰ (منفک شده) ۳- سایر اقشار ۴- اتباع خارجی ۵- بیمه ایرانیان: گروهی انفرادی ۶- روستائی ۷- عشایر ۷- ساکنین شهرهای زیر ۲۰/۰۰۰ نفر ۸- بیمه سلامت همگانی

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: سایر عراقی افغانی

مشخصات بیمه شده تبعی:

بیماری خاص	تاریخ		شماره		حق بیمه	تاریخ شروع بیمه	تاریخ طلاق	تاریخ ازدواج	جنسیت	تاریخ تولد	شماره ملی	شماره مسلسل شناسنامه / شماره شناسائی اتباع	شماره شناسنامه	نام پدر	نوع وابستگی	نام و نام خانوادگی
	حواله	فیش	حواله	فیش												
در رایانه ثبت شد. واحد بیمه گری مهر و امضاء:	تاریخ:				ثبت اطلاعات در رایانه بلامانع می باشد. واحد درآمد: مهر و امضاء:	ثبت اطلاعات این پرسشنامه مورد تأیید است. اداره کل / دفتر امور اتباع و مهاجرین خارجی محل مهر و امضاء و تاریخ: اداره امور عشایر محل مهر و امضاء و تاریخ:	صحت اطلاعات این پرسشنامه مورد تأیید است. کسر حق بیمه درمان طبق مقررات جاری، تعهد می شود. مؤسسه بیمه گزار: مهر و امضاء: خانه بهداشت / مرکز بهداشتی درمانی روستایی محل مهر و امضاء و تاریخ:									

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

اینجانب

محل امضاء، اثرانگشت و تاریخ