



سازمان بیمه خدمات درمانی  
اداره کل بیمه خدمات درمانی استان

ف س ر م

کد مدرک

05 FM 21 03

درخواست صدور دفترچه / کارت المثنی

شماره : ..... اداره کل بیمه خدمات درمانی استان  
تاریخ : ..... اداره بیمه خدمات درمانی شهرستان  
پوست : ..... کارکنان دولت  سایر اقسام  روستاییان ، عشایر و ساکنین شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر

خویش فرمایان  
عادی و گروهی   
بستری شهری

دفترچه / کارت بیمه درمانی اینجانب / افراد تحت تکفل اینجانب با مشخصات زیر مفقود گردیده است .

ردیف	نام	نام خانوادگی	وابستگی	نام پدر	شماره شناسنامه	شماره ملی	کد بیمه درمانی بیمه شده	کد بیمه درمانی سرپرست
۱								
۲								
۳								
۴								

با پذیرش شرایط صدور المثنی مندرج در پشت فرم ، خواهشمند است اقدام لازم در این مورد معمول نمایند . ضمناً در صورت بروز هر گونه خسارت به سازمان ناشی از خلاف موارد ادعا شده و یا تخلفات احتمالی ناشی از سوء استفاده از دفترچه بیمه ، اینجانب متعهد به جبران خسارت وارده می باشم .

نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی : ..... امضاء : ..... تاریخ : .....

آدرس و تلفن منزل :

آدرس و تلفن محل کار :

مراتب فوق مورد تأیید است .

۱ - ۱ - محل مهر و امضاء و تاریخ (اداره محل خدمت یا بوسه به گزار )	۱ - ۳ - محل مهر و امضاء و تاریخ خانه بهداشت روستا / مرکز بهداشتی ، درمانی روستایی / اداره امور عشایر بخش .....
--	--

(۱) نتیجه بررسی اولیه توسط اداره بیمه گری و درآمد / اداره بیمه خدمات درمانی شهرستان

نام و نام خانوادگی ..... امضاء

(۲) اعلام نظر اداره نظارت و ارزشیابی مؤسسات درمانی :

با توجه به عدم احراز سوء استفاده از دفترچه مفقودی تا این تاریخ ، صدور دفترچه المثنی بلامانع است .  
 صدور دفترچه المثنی فعلاً امکانپذیر نمی باشد .

امضاء و تاریخ :

رئیس اداره نظارت و ارزشیابی :

(۳) محل مهر و امضاء و تاریخ :

رئیس اداره بیمه گری و درآمد / رئیس اداره بیمه خدمات درمانی شهرستان

با توجه به مراتب فوق صدور دفترچه المثنی بلامانع می باشد .