سازمان بیمه خدمات درمانی اداره کل بیمه خدمات درمانی استان	**بیمه نامه** **صدور اولیه کارت خویش فرمایان بستری شهری**	کد مدرک: 05 FM 12 02 تاریخ: شماره:

(۱) مشخصات سرپرست:

در این قسمت چیزی ننویسید.

شماره بیمه شده:

مبلغ واریزی: ریال

نام:

نام خانوادگی:

نام پدر:

تاریخ تولد: / / جنسیت: مذکر ☐ مؤنث ☐

شماره شناسنامه/ کد ملی: شماره مسلسل شناسنامه: / محل صدور:

تاریخ ازدواج: / /

محل سکونت: استان شهرستان بخش شهر خیابان کوچه پلاک کد پستی تلفن

(۲) مشخصات سایر اعضای خانواده:

روز/ماه/سال

شماره ردیف	نام	نام خانوادگی	نوع وابستگی	نام پدر	تاریخ تولد	جنسیت	شماره شناسنامه/ کد ملی	شماره مسلسل شناسنامه	محل صدور	مبلغ واریزی (ریال)	تاریخ واریزی
۱					/ /			ـــــ			
۲					/ /			ـــــ			
۳					/ /			ـــــ			
۴					/ /			ـــــ			
۵					/ /			ـــــ			

(۳)

۳-الف) اینجانب ..... سرپرست خانواده فوق با اطلاع و پذیرش ضوابط تعیین شده سازمان بیمه خدمات درمانی و تعهد صورت گرفته در ظهر پرسشنامه، صحت مطالب تکمیل شده را تأیید می نمایم.

تاریخ و امضاء

۳-ب) ثبت اطلاعات در رایانه بلامانع میباشد.

واحد درآمد

تاریخ مهر و امضاء

۳-ج) در رایانه ثبت شد.

واحد رایانه

تاریخ مهر و امضاء

این فرم لازم‌الاجرا در نسخه تکمیل گردیده که هر دو نسخه حکم واحد دارند.