سازمان بیمه خدمات درمانی
اداره کل بیمه خدمات درمانی استان

# بیمه نامه

## صدور اولیه دفترچه کارکنان دولت

کد مدرک : 05 FM 09 04
تاریخ :
شماره :

**(۱) مشخصات فرد اصلی :**

**در این قسمت چیزی ننویسید.**

شماره بیمه شده :

نام محل خدمت : ..... تاریخ استخدام : / / شماره مستخدم:

وضعیت کارمند : ۱ ـ شاغل ☐ ۲ ـ بازنشسته ☐ ۳ ـ مستمری بگیر ☐ ٤ ـ وظیفه بگیر ☐

نام : .....

نام خانوادگی : .....

نام پدر : .....

تاریخ تولد : / / جنسیت : مذکر ☐ مؤنث ☐

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

بیماری خاص : تاریخ ازدواج : / /

محل سکونت : استان شهرستان بخش شهر / روستا خیابان کوچه پلاک کدپستی تلفن

محل کار : استان شهرستان بخش شهر / روستا خیابان کوچه پلاک کدپستی تلفن

**(۲) مشخصات افراد تبعی :**

روز / ماه / سال

| شماره سریال | نام | نام خانوادگی | نوع وابستگی | نام پدر | تاریخ تولد | جنسیت | شماره شناسنامه / کد ملی | شماره مسلسل شناسنامه | محل صدور | بیماری خاص | تاریخ طلاق |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ۱ | | | | | / / | | | | | | |
| ۲ | | | | | / / | | | | | | |
| ۳ | | | | | / / | | | | | | |
| ۴ | | | | | / / | | | | | | |
| ۵ | | | | | / / | | | | | | |

**(۳)**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ۳ ـ الف ) با اطلاع و پذیرش ضوابط و شرایط تعیین شده سازمان بیمه خدمات درمانی صحت اطلاعات تکمیل شده را تائیـد می نمایم.<br>نام و نام خانوادگی سرپرست تاریخ و امضاء | ۳ ـ ب ) صحت اطلاعات این پرسشنامه مورد تائید است.<br>کارگزینی محل خدمت<br>تاریخ مهر و امضاء | ۳ ـ ج)کسر حق بیمه درمان طبق مقررات جاری تعهد میشود.<br>واحد امور مالی محل خدمت<br>تاریخ مهر و امضاء | ۳ ـ د) ثبت اطلاعات درروایانه بلامانع میباشد.<br>واحد درآمد<br>تاریخ مهر و امضاء | ۳ ـ ه ) در رایانه ثبت شد .<br>واحد رایانه<br>تاریخ مهر و امضاء |

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