سازمان بیمه خدمات درمانی
اداره کل بیمه خدمات درمانی استان

بیمه نامه

صدور اولیه دفترچه خویش فرمایان عادی و گروهی

کد مدرک: 05 FM 11 02
تاریخ:
شماره:

(۱) مشخصات فرد اصلی:

در این قسمت چیزی ننویسید.

شماره بیمه شده:

سابقه بیمه: درصد تخفیف: مبلغ واریزی: ریال شماره فیش: تاریخ فیش: / /

نام: .....

نام خانوادگی: .....

نام پدر: .....

تاریخ تولد: / / جنسیت: مذکر ☐ مؤنث ☐

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

بیماری خاص:

محل سکونت: استان شهرستان بخش شهر / روستا خیابان کوچه پلاک کد پستی 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	سابقه بیمه	درصد تخفیف	مبلغ واریزی (ریال)	تاریخ واریزی
۱					/ /			—						
۲					/ /			—						
۳					/ /			—						
۴					/ /			—						
۵					/ /			—						

(۳)

۳- الف) ایجاب.....سرپرست خانواده فوق با صاحب دفترچه با اطلاع و پذیرش ضوابط تعیین شده سازمان بیمه خدمات درمانی صحت مطالب تکمیل شده را تایید می نمایم.

تاریخ و امضاء

۳ـ ب) ثبت اطلاعات در رایانه بلامانع می باشد

واحد در آمد

تاریخ مهر و امضاء

۳ـ ج) در رایانه ثبت شد.

واحد رایانه

تاریخ مهر و امضاء

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