| کد مدرک | بیمه نامه | |
|---|---|---|
| 05 FM 40 00 | صدور اولیه کارت هوشمند بیماران خاص | سازمان بیمه خدمات درمانی<br>اداره کل بیمه خدمات درمانی استان |

در این قسمت چیزی ننویسید. ← ☐ ☐ ☐ صدور اولیه ☐ اصلاحات (نوع اصلاحات با ذکر نام .....)

نام: ..... نام خانوادگی: .....

نام پدر: ..... تاریخ تولد: / / شماره شناسنامه:

کد ملی: کد بیمه درمانی / سریال:

گروه خونی: A ☐ B ☐ AB ☐ +O ☐ -O ☐ جنسیت: مونث ☐ مذکر ☐ وابستگی: اصلی ☐ تبعی ☐

ملیت: ایرانی ☐ اتباع بیگانه☐ وضعیت تأهل: متأهل ☐ مجرد ☐

نوع بیماری: تالاسمی ☐ (نوع : ) هموفیلی ☐ (نوع : ) دیالیز ☐ پیوند کلیه ☐ MS ☐

نوع سازمان بیمه گر:

۱- سازمان تأمین اجتماعی: اجباری ☐ اختیاری ☐

۲- سازمان بیمه خدمات درمانی: سایر اقشار ☐ کارکنان دولت ☐ خویش فرما ☐ روستایی و عشایر و ساکنین شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر ☐

۳- سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح: ☐

۴- کمیته امداد امام خمینی (ره) ☐

۵- سایر سازمانهای بیمه گر ( با ذکر نام ..... ) ☐

صحت اطلاعات مندرج در این پرسشنامه مورد تأیید می باشد.

| محل امضاء بیمه شده<br>تاریخ | محل مهر ، امضاء و تاریخ<br>سازمان بیمه گر | محل مهر، امضاء و تاریخ<br>موسسه بیمه گزار | محل مهر، امضاء و تاریخ<br>خانه بهداشت / مرکز بهداشتی درمانی روستایی<br>اداره امور عشایر |
|---|---|---|---|
| رئیس اداره بیمه خدمات درمانی شهرستان ..... | | رئیس اداره بیمه گری و درآمد | |