سازمان بیمه سلامت ایران
اداره کل بیمه سلامت استان خوزستان

بیمه نامه

صدور اولیه دفترچه کارکنان دولت

کد مدرک: 08FM 001 03
تاریخ:
شماره:

(۱)مشخصات فرد اصلی:

در این قسمت چیزی ننویسید.

کد بیمه درمانی سرپرست:

نام موسسه بیمه گزار محل خدمت تاریخ استخدام شماره مستخدم:

محل الصاق عکس

وضعیت کارمند: ۱- شاغل ☐ ۲-بازنشسته ☐ ۳-مستمری بگیر ☐ ۴-وظیفه بگیر ☐ وضعیت پرداخت حق بیمه عادی ☐ خود کفا ☐

نام: .....

نام خانوادگی: .....

نام پدر: .....

تاریخ تولد جنسیت:مذکر ☐ مونث ☐ وضعیت تاهل : مجرد ☐ متاهل ☐ تاریخ ازدواج:

شماره ملی: شماره شناسنامه

بیماری خاص: شماره سری/سریال شناسنامه / محل صدور:

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	شماره ملی	شماره سری/سریال شناسنامه	محل صدور	بیماری خاص	تاریخ طلاق
۱					/ /							
۲					/ /							
۳					/ /							
۴					/ /							
۵					/ /							

(۳)

۳-الف)با اطلاع و پذیرش ضوابط و شرایط تعیین شده سازمان بیمه سلامت ایران در ظهر این بیمه نامه،صحت اطلاعات تکمیل شده را تائید می نمایم.

نام و نام خانوادگی سرپرست **تاریخ و امضاء**

۳-ب)صحت اطلاعات این پرسشنامه مورد تائید است.
کارگزینی محل خدمت
تاریخ **مهر و امضاء**

-۳ج)کسر حق بیمه درمان بر مبنای ضوابط مندرج در ظهر بیمه نامه جاری تعهد میشود.
واحد امور مالی محل خدمت
تاریخ **مهر و امضاء**

۳-د)ثبت اطلاعات در رایانه بلامانع میباشد.
واحد درآمد
تاریخ **مهر و امضاء**

۳-ه)در رایانه ثبت شد.
واحد بیمه گری
تاریخ **مهر و امضاء**

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