


کد مدرک 08FM00804	فرم	 سازمان بهداشت ایران اداره کل سلامت شهرستان
	درخواست صدور دفترچه المثنی	

شماره:

تاریخ:

پیوست:

اداره کل بیمه سلامت استان

اداره بیمه سلامت شهرستان

- کارکنان دولت کارکنان ماده ۳۰ (منفک شده) روستاییان عشایر ساکنین شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر سایر اقشار:
- بیمه شدگان بنیاد شهید و امور ایثارگران بهزیستی سایر ایرانیان اتباع خارجی بیمه سلامت همگانی اورژانسی بالای ۷۰ سال بیمار خاص

دفترچه بیمه درمانی اینجانب / افراد تحت تکفل اینجانب با مشخصات زیر مفقود گردیده است.

ردیف	نام	نام خانوادگی	وابستگی	نام پدر	شماره شناسنامه	شماره ملی	کد بیمه درمانی اصلی / سرپرست
۱							
۲							
۳							
۴							

در صورت بروز هر گونه خسارت به سازمان ناشی از خلاف موارد ادعا شده و یا تخلفات احتمالی ناشی از سوء استفاده از دفترچه بیمه اینجانب متعهد به جبران خسارت وارده می باشم.

نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی:

آدرس و تلفن منزل:

آدرس و تلفن محل کار:

مراتب فوق مورد تایید است.

محل مهر و امضاء و تاریخ

خانه بهداشت روستا/مرکز بهداشتی، درمانی روستایی اداره امور عشایر

بخش

۱) اداره بیمه گری و درآمد استان / اداره بیمه سلامت شهرستان

نام و نام خانوادگی

امضاء

۲) اعلام نظر اداره نظارت و ارزشیابی:

با توجه به احراز عدم سوء استفاده از دفترچه مفقودی تا این تاریخ، صدور دفترچه المثنی بلامانع است.

صدور دفترچه المثنی فعلاً امکانپذیر نمی باشد.

مهر و امضاء و تاریخ رئیس اداره نظارت و ارزشیابی

رئیس اداره بیمه گری و درآمد

رئیس اداره بیمه سلامت شهرستان

۳) موارد بند ۲ مورد تایید می باشد.

نکته: تمامی متقاضیان دریافت دفترچه المثنی، به غیر از بیماران خاص، بیماران اورژانسی و افراد بالای ۷۰ سال میبایست یکماه دوره انتظار از تاریخ درخواست را طی نمایند.