



فرم

کد مدرک

08 FM 013 03

افزایش عائله جهت کلیه صندوقها

نوع بیمه: ۱- کارکنان دولت ۲- کارکنان ماده ۳۰ (منفک شده) ۳- سایر اقشار ۴- اتباع خارجی ۵- بیمه ایرانیان: گروهی انفرادی ۶- روستائی ۷- عشایر ۷- ساکنین شهرهای زیر ۲۰/۰۰۰ نفر ۸- بیمه سلامت همگانی

مشخصات بیمه شده اصلی (سرپرست):

نام: کد بیمه درمانی سرپرست:	کد خانوار خانه بهداشت:	
نام خانوادگی:	تعداد عائله تحت تکفل قبل از تکمیل فرم:	شماره پرسنلی:
	<input type="checkbox"/> عراقی <input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> افغانی

مشخصات بیمه شده تبعی:

نام و نام خانوادگی	نوع وابستگی	نام پدر	شماره شناسنامه	شماره مسلسل شناسنامه / شماره شناسائی اتباع	شماره ملی	تاریخ تولد	جنسیت	تاریخ ازدواج	تاریخ طلاق	تاریخ شروع بیمه	شماره		تاریخ		بیماری خاص	
											فیش	حواله	فیش	حواله		
صحت اطلاعات این پرسشنامه مورد تأیید است. کسر حق بیمه درمان طبق مقررات جاری، تعهد می شود. مؤسسه بیمه گزار:		مهر و امضاء:		محل مهر و امضاء و تاریخ		اداره کل / دفتر امور اتباع و مهاجرین خارجی		صحت اطلاعات این پرسشنامه مورد تأیید است.		ثبت اطلاعات در رایانه بلامانع می باشد.		تاریخ:		در رایانه ثبت شد.		مهر و امضاء:
خانه بهداشت / مرکز بهداشتی درمانی روستایی		مهر و امضاء:		محل مهر و امضاء و تاریخ		اداره امور عشایر		صحت اطلاعات این پرسشنامه مورد تأیید است.		ثبت اطلاعات در رایانه بلامانع می باشد.		تاریخ:		در رایانه ثبت شد.		مهر و امضاء:
محل مهر و امضاء و تاریخ		مهر و امضاء:		محل مهر و امضاء و تاریخ		اداره امور عشایر		صحت اطلاعات این پرسشنامه مورد تأیید است.		ثبت اطلاعات در رایانه بلامانع می باشد.		تاریخ:		در رایانه ثبت شد.		

اینجانب.....سرپرست خانواده (نامبرده / نامبردگان فوق الذکر) صحت مطالب تکمیل شده را تأیید می نمایم.

محل امضاء، اثرانگشت و تاریخ