


<b>کد مدرک</b>  <b>08 FM 008 04</b>	<b>فرم</b>	
	<b>درخواست صدور دفترچه المثنی</b>	

شماره: ..... اداره کل بیمه سلامت استان .....  
 تاریخ: ..... اداره بیمه سلامت شهرستان .....  
 پیوست: .....  
 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: ..... امضاء: ..... تاریخ: .....  
 آدرس و تلفن منزل: .....  
 آدرس و تلفن محل کار: .....  
 مراتب فوق مورد تأیید 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

(۳) موارد بند ۲ مورد تأیید می باشد.  
 رئیس اداره بیمه گری و درآمد  
 رئیس اداره بیمه سلامت شهرستان

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.