

فرم

صدور اولیه بیمه نامه کارکنان دولت



سازمان بیمه خدمات درمانی
اداره کل بیمه خدمات درمانی استان

(۱) مشخصات فرد اصلی :

شماره بیمه شده :

شماره مستخدم :

شماره مستخدم :

تاریخ استخدام :

تاریخ استخدام :

مستمری بگری :

مستمری بگری :

مستمری بگری :

مستمری بگری :

مستمری بگری :

مستمری بگری :

مستمری بگری :

مستمری بگری :

مستمری بگری :

مستمری بگری :

مستمری بگری :

مستمری بگری :

مستمری بگری :

مستمری بگری :

مستمری بگری :

مستمری بگری :

مستمری بگری :

مستمری بگری :

مستمری بگری :

مستمری بگری :

مستمری بگری :

مستمری بگری :

مستمری بگری :

مستمری بگری :

مستمری بگری :

مستمری بگری :

مستمری بگری :

مستمری بگری :

مستمری بگری :

مستمری بگری :

مستمری بگری :

مستمری بگری :

مستمری بگری :

مستمری بگری :

مستمری بگری :

مستمری بگری :

مستمری بگری :

مستمری بگری :

مستمری بگری :

مستمری بگری :

محل صدور :

محل صدور :

محل صدور :

محل صدور :

محل صدور :

محل صدور :

محل صدور :

محل صدور :

محل صدور :

محل صدور :

محل صدور :

تلفن

تلفن

تلفن

تلفن

تلفن

تلفن

تلفن

تلفن

تلفن

تلفن

تلفن

تلفن

تلفن

تلفن

تلفن

تلفن

تلفن

تلفن

تلفن

تلفن

تلفن

تلفن

(۲) مشخصات افراد تبعی :

شماره سریال	نام	نوع وابستگی	نام خانوادگی	تاریخ ازدواج	جنسیت	شماره شناسنامه / کد ملی	شماره مسلسل شناسنامه	محل صدور	تاریخ طلاق
۱									
۲									
۳									
۴									
۵									

(۳)

۳-۵ (در زمانه ثبت شد)	واحد رایانه	تاریخ	۳-۵ (در زمانه ثبت شد)	واحد در آمد	تاریخ	۳-۵ (در زمانه ثبت شد)	واحد امور مالی محل خدمت	تاریخ	۳-۵ (در زمانه ثبت شد)	واحد امور مالی	تاریخ	۳-۵ (در زمانه ثبت شد)	واحد امور مالی	تاریخ	۳-۵ (در زمانه ثبت شد)	واحد امور مالی	تاریخ	۳-۵ (در زمانه ثبت شد)	واحد امور مالی	تاریخ
-----------------------	-------------	-------	-----------------------	-------------	-------	-----------------------	-------------------------	-------	-----------------------	----------------	-------	-----------------------	----------------	-------	-----------------------	----------------	-------	-----------------------	----------------	-------

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