

این قسمت توسط متقاضی تکمیل گردد.

آیا شماره بیمه دارید؟ بلی خیر اگر پاسخ بلی شماره بیمه را درج نمایید.
 و اگر پاسخ خیر است، آیا در کارگاه دیگری شاغل بوده‌اید؟ بلی خیر اگر پاسخ بلی است عبارت زیر را تکمیل نمایید.
 نام کارگاه: آدرس:
 شماره کارگاه: و اگر پاسخ خیر است، عبارت زیر را تکمیل نمایید.
 نظر به اینکه اینجانب: قبلاً از سازمان تأمین اجتماعی شماره بیمه دریافت نکرده و هیچگونه اشتغال در کارگاه دیگری نداشتم، تقاضای اختصاص شماره، بیمه می‌نمایم و ضمن تأیید صحت پاسخهای فوق از تاریخ اختصاص شماره، بیمه هیچگونه ادعای حقوقی نسبت به قبل از آن را نزد سازمان نخواهم داشت.
توجه: اثر انگشت اجباری است حتی در مواردیکه بیمه شده دارای امضاء باشد.
 و در مواردیکه جملی باشد، طبق ماده ۹۷ قانون تأمین اجتماعی اقدام گردد.
اثر انگشت: محل امضاء:

این قسمت توسط همکاران شعبه تکمیل گردد.

مشخصات بیمه شده:
 نام:
 نام خانوادگی:
 ملیت: تاریخ تولد: روز: ماه: سال: شماره شناسنامه:
 محل صدور شناسنامه: محل تولد: کد ملی:
 شماره مسلسل شناسنامه: آدرس منزل / تلفن:
مشخصات محل اشتغال:
 نام کارگاه: شماره کارگاه: نام کارفرما: شغل:
 تاریخ استخدام در این کارگاه: آدرس کارگاه / تلفن:
 در تاریخ: بیمه شده فوق شماره
 نام و امضاء مسئول نامنویسی:
 تخصیص داده شده:

آقا/ خانم/ شرکت: کارفرمای محترم کارگاه شماره: به اطلاع می‌رساند
 به آقای/ خانم: شماره بیمه: اختصاص یافت.
 خواهشمند است در لیست‌های ارسالی و به هنگام مراجعه بازرسی از شماره فوق استفاده شود.

رئیس شعبه:

مهر

*لطفاً این برگه در نقطه قابل رؤیت نصب گردد.
 *به توضیحات پشت برگه توجه فرمایید.