

کد مدرک

05 FM 07 02

فرم

افزایش عائله جهت گلیمه صندوقها

سازمان بیمه خدمات درمانی
اداره کل بیمه خدمات درمانی استان



ساکنین شهرهای زیر ۲۰/۰۰۰ نفر

۵- روستایی و عشایری

۴- بستی شهری

۳- خویش فرما

۲- سایر اقشار

۱- کارکنان دولت

نوع بیمه:

مشخصات بیمه شده اصلی (سرپرست):

کد خانوار خانه بهداشت:

شماره دفترچه / کارت سرپرست:

شماره پرسنلی:

تعداد عائله تحت تکفل قبل از تکمیل فرم:

نام خانوادگی:

بیماری خاص	تاریخ فیش	شماره فیش	حق جریمه	تاریخ پایان تحصیلات	تاریخ شروع بیمه	تاریخ طلاق	تاریخ ازدواج	جنسیت	تاریخ تولد	شماره ملی	شماره مسلسل شناسنامه	شماره شناسنامه	نام پدر	نوع وابستگی	نام و نام خانوادگی

در رایانه ثبت شد.
تاریخ:

ثبت اطلاعات در رایانه بلا مانع می باشد.
واحد درآمد اداره بیمه خدمات درمانی شهرستان:
تاریخ:

صحت اطلاعات این پرسشنامه مورد تایید است.
کارگزینی یا موسسه بیمه گزار:
تاریخ:

امضاء:
مهر و امضاء:

محل مهر و امضاء و تاریخ:
اداره امور عشایر

محل مهر و امضاء و تاریخ:
خانه بهداشت / مرکز بهداشتی درمانی روستایی