05 FM 06 01	فرم درخواست صدور دفترچه المثنی(فرم شماره ۶)	سازمان بیمه خدمات درمانی اداره کل بیمه خدمات درمانی

کارکنان دولت ☐ سایر اقشار ☐ خویش فرمایان ☐

نام موسسه بیمه گزار　　کد موسسه　　تاریخ تحویل فرم

مشخصات صاحب دفترچه مفقودی : نام　　نام خانوادگی　　کد بیمه

شماره شناسنامه　　محل صدور　　تاریخ تولد　　وابستگی

اینجانب

دفترچه قبلی ـــــــــــــ با مشخصات فوق مفقود گردیده و با پذیرش شرایط صدور دفترچه المثنی مندرج

افراد تحت تکفل اینجانب

در پشت فرم ،خواهشمند است اقدام لازم در این مورد معمول نمایید . ضمنا در صورت بروز هرگونه خسارت بـه سازمان ناشی از خلاف موارد ادعا شده ، اینجانب متعهد به جبران خسارات وارده می باشم .

امضاء بیمه شده اصلی (سرپرست)　　مرجع تائید کننده : نام – نام خانوادگی

سمت :

کد بیمه درمانی بیمه شده اصلی

آدرس منزل:　　تلفن :

آدرس محل کار :　　تلفن :

نظریه اداره نظارت و ارزشیابی موسسات درمانی :

با توجه به عدم دستیابی به دفترچه مفقودی تا این تاریخ صدور دفترچه المثنی بلامانع است . ☐

صدور دفترچه المثنی فعلا امکان پذیر نمی باشد . ☐

نام ، امضاء ، تاریخ :

رئیس اداره نظارت و ارزشیابی موسسات درمانی

نظریه اداره بیمه گری و درآمد استان

نام ، امضاء ، تاریخ :

رئیس اداره بیمه گری و درآمد

بیمه شده محترم : برای اطلاع بیشتر از قوانین صدور دفترچه المثنی مندرجات پشت فرم را مطالعه فرمائید .