



سازمان بیمه خدمات درمانی
اداره کل بیمه خدمات درمانی استان

فرم

افزایش عائله جهت کلیه صندوقها

کد مدرک

08 FM 13 00

نوع بیمه: ۱- کارکنان دولت ۲- کارکنان بازرگانی راه و ترابری ۳- سایر اقشار ۴- خویش فرما (اتباع خارجی) ۵- بیمه ایرانیان: گروهی انفرادی ۶- روستائی و عشایر ۷- ساکنین شهرهای زیر ۲۰/۰۰۰ نفر

مشخصات بیمه شده اصلی (سرپرست):

نام:	کد بیمه درمانی سرپرست:	کد خانوار خانه بهداشت:
نام خانوادگی:	تعداد عائله تحت تکفل قبل از تکمیل فرم:	شماره پرسنلی:
		افغانی <input type="checkbox"/> عراقی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>

مشخصات بیمه شده تبعی:

بیماری خاص	تاریخ		شماره		حق بیمه	تاریخ شروع بیمه	تاریخ طلاق	تاریخ ازدواج	جنسیت	تاریخ تولد	شماره ملی	شماره مسلسل شناسنامه / شماره شناسائی اتباع	شماره شناسنامه	نام پدر	نوع وابستگی	نام و نام خانوادگی
	حواله	فیش	حواله	فیش												

در رایانه ثبت شد. واحد بیمه گری مهر و امضاء:	تاریخ:	ثبت اطلاعات در رایانه بلامانع می باشد.	واحد درآمد:	صحت اطلاعات این پرسشنامه مورد تأیید است. اداره کل / دفتر امور اتباع و مهاجرین خارجی	محل مهر و امضاء و تاریخ:	صحت اطلاعات این پرسشنامه مورد تأیید است. کسر حق بیمه درمان طبق مقررات جاری، تعهد می شود. مؤسسه بیمه گزار:	مهر و امضاء:
		تاریخ:	مهر و امضاء:	اداره امور عشایر	محل مهر و امضاء و تاریخ:	خانه بهداشت / مرکز بهداشتی درمانی روستایی	محل مهر و امضاء و تاریخ:

اینجانب سرپرست خانواده (نامبرده / نامبردهگان فوق الذکر) صحت مطالب تکمیل شده را تأیید می نمایم.

محل امضاء، اثر انگشت و تاریخ