


کد مدرک 08 FM 08 01	فرم	 سازمان بیمه خدمات درمانی اداره کل بیمه خدمات درمانی استان
	درخواست صدور دفترچه المثنی	

شماره :

تاریخ:

پیوست :

اداره کل بیمه خدمات درمانی استان

اداره بیمه خدمات درمانی شهرستان

کارکنان دولت روستاییان، عشایر و ساکنین شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر

سایر اقشار: بیمه شدگان بنیاد شهید و امور ایثارگران خویش فرمایان ایرانیان

سایر اتباع خارجی

دفترچه بیمه درمانی اینجانب / افراد تحت تکفل اینجانب با مشخصات زیر مفقود گردیده است.

ردیف	نام	نام خانوادگی	وابستگی	نام پدر	شماره شناسنامه	شماره ملی	کد بیمه درمانی اصلی / سرپرست
۱							
۲							
۳							
۴							

در صورت بروز هر گونه خسارت به سازمان ناشی از خلاف موارد ادعا شده و یا تخلفات احتمالی ناشی از سوء استفاده از دفترچه بیمه، اینجانب متعهد به جبران خسارت وارده می باشم.

نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی :

آدرس و تلفن منزل :

آدرس و تلفن محل کار:

مراتب فوق مورد تأیید است.

محل مهر و امضاء و تاریخ

خانه بهداشت روستا / مرکز بهداشتی، درمانی روستایی / اداره امور عشایر

بخش

(۱) اداره بیمه گری و درآمد استان / اداره بیمه خدمات درمانی شهرستان

نام و نام خانوادگی

امضاء

(۲) اعلام نظر اداره نظارت و ارزشیابی؛

با توجه به احراز عدم سوء استفاده از دفترچه مفقودی تا این تاریخ، صدور دفترچه المثنی بلامانع است.

صدور دفترچه المثنی فعلاً امکانپذیر نمی باشد.

مهر و امضاء و تاریخ رئیس اداره نظارت و ارزشیابی

(۳) موارد بند ۲ مورد تأیید می باشد.

رئیس اداره بیمه گری و درآمد

رئیس اداره بیمه خدمات درمانی شهرستان