



سازمان بهداشت ایران
اداره کل بیمه سلامت استان اصفهان

بیمه نامه

صدور اولیه / تمدید دفترچه سایر اقشار

کد مدرک : 08 FM 002 01
تاریخ :
شماره :

(مشخصات فرد اصلی :

↓ ر این قسمت چیزی ننویسید.

کد بیمه درمانی سرپرست :

شماره فیش :

تاریخ فیش :

مبلغ فیش :

محل تصدق کسر

مؤسسه بیمه گزار :

نام :

خانوادگی :

نام پدر :

بیم تولد :

جنسیت :

مذکر مؤنث

وضعیت تاهل : مجرد متاهل

نوع تابعیت : افغانی عراقی سایر

محل صدور :

شماره شناسنامه :

شماره سری / سریال شناسنامه :

شماره ملی :

تاریخ ازدواج :

شهرستان :

بخش :

شهر / روستا :

خیابان :

کوچه :

پلاک کدپستی :

شهرستان :

سکونت : استان

بخش

شهر / روستا

خیابان

کوچه

پلاک کدپستی

نطق

نطق

↓ مشخصات افراد تبعی :

↓ روز / ماه / سال

نام	نام خانوادگی	نوع تابعیت		نوع وابستگی	نام پدر	تاریخ تولد	جنسیت	شماره کارت هویت ویژه یا گذرنامه معتبر	شماره شناسنامه	شماره ملی	شماره سری / سریال شناسنامه	محل صدور	شماری خاص	تاریخ طلاق
		ایرانی	خارجی											

با اطلاع و بذریش ضوابط و شرایط تعیین شده سازمان بیمه سلامت این بیمه نامه، صحت اطلاعات تکمیل شده را تأیید می نماید.
ام خانوادگی سرپرست تاریخ و امضاء

گارگزینی

تاریخ

مهر و امضاء

۳-ب) صحت اطلاعات این پرسشنامه مورد تأیید است و کسر حق بیمه درمان طبق مقررات جاری تعهد میسود.

واحد امور مالی مؤسسه بیمه گزار

تاریخ

مهر و امضاء

۳-د) ثبت اطلاعات در رایانه بلامانع میباشد.

واحد درآمد

تاریخ

مهر و امضاء

۳-ه) در رایانه ثبت شد

واحد بیمه گری