



سازمان بهداشت ملی

فرم

کد مدرک

08 FM 013 02

افزایش عائله جهت کلیه صندوقها

سازمان بهداشت ملی

نوع بیمه: ۱- کارکنان دولت □ ۲- کارکنان بازرگانی راه و ترابری □ ۳- سایر اشخاص □ ۴- خویش فرما (اتباع خارجی) □ ۵- بیمه ایرانیان: گرمی □ ۶- روستایی و عشایر □ ۷- ساکنین شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر □

مشخصات بیمه شده اصلی (سرپرست):

نام: کد بیمه درمانی سرپرست:

نام خانوادگی: تعداد عائله تحت تکفل قبل از تکمیل فرم: کد خانوار خانه بهداشت:

نام خانوادگی: تعداد عائله تحت تکفل قبل از تکمیل فرم:

سایر □ عراقی □ افغانی □

مشخصات بیمه شده تبعی:

نام و نام خانوادگی	نوع وابستگی	نام پدر	شماره شناسنامه	شماره مسلسل شناسنامه/شماره شناسنامه اتباع	شماره ملی	تاریخ تولد	جنسیت	تاریخ ازدواج	تاریخ طلاق	تاریخ شروع بیمه	حق بیمه	شماره		تاریخ		بیماری خاص	
												فیش	فیش حواله	فیش	فیش حواله		
تذکرات: - کسر حق بیمه در طول تاریخ هجرات جاری، ازبیمه می شود. - بستن بیمه: کسر حق بیمه در طول تاریخ هجرات جاری، ازبیمه می شود. - محل مهر و امضاء:												در راینه ثبت شد.		تاریخ:			
تذکرات: - محل مهر و امضاء: - محل مهر و امضاء و امضاء: - محل مهر و امضاء و امضاء و تاریخ: - محل مهر و امضاء و امضاء و تاریخ: - محل مهر و امضاء و امضاء و تاریخ:												ثبت اطلاعات در راینه بلا مانع می باشد.		تاریخ:			
تذکرات: - محل مهر و امضاء: - محل مهر و امضاء و امضاء: - محل مهر و امضاء و امضاء و تاریخ: - محل مهر و امضاء و امضاء و تاریخ: - محل مهر و امضاء و امضاء و تاریخ: - محل مهر و امضاء و امضاء و تاریخ:												واحد بیمه گری		تاریخ:			
تذکرات: - محل مهر و امضاء: - محل مهر و امضاء و امضاء: - محل مهر و امضاء و امضاء و تاریخ: - محل مهر و امضاء و امضاء و تاریخ: - محل مهر و امضاء و امضاء و تاریخ:												مهر و امضاء:		تاریخ:			

مجلس بهداشت خانواده / نامبردگان فوق الذکر صحت مطالب تکمیل شده را تایید می نمایند.

محل امضاء، اثر انگشت و تاریخ

www.hmo.gov.ir

آدرس سایت اینترنتی سازمان: