سازمان بیمه سلامت ایران
اداره کل بیمه سلامت استان مازندران

بیمه نامه

صدور اولیه دفترچه کارکنان دولت

کد مدرک : 08 FM 001 03
تاریخ :
شماره :

(۱) مشخصات فرد اصلی :

در این قسمت چیزی ننویسید.

کد بیمه درمانی سرپرست :

محل الصاق عکس

نام موسسه بیمه گزار　　محل خدمت　　تاریخ استخدام　　شماره مستخدم:

وضعیت کارمند : ۱ ـ شاغل　۲ ـ بازنشسته ☐　۳ ـ مستمری بگیر ☐　۴ ـ وظیفه بگیر ☐　وضعیت پرداخت حق بیمه　عادی ☐　خود کفا ☐

نام : ....

نام خانوادگی : ....

نام پدر : ....

تاریخ تولد　　جنسیت : مذکر ☐　مؤنث ☐　وضعیت تاهل : مجرد ☐　متاهل ☐　تاریخ ازدواج:

شماره ملی :　　شماره شناسنامه

بیماری خاص :　　شماره سری/ سریال شناسنامه　/　　محل صدور:

محل سکونت : استان　شهرستان　بخش　شهر / روستا　خیابان　کوچه　پلاک　کدپستی　تلفن

محل کار : استان　شهرستان　بخش　شهر / روستا　خیابان　کوچه　پلاک　کدپستی　تلفن

(۲) مشخصات افراد تبعی :

شماره سریال	نام	نام خانوادگی	نوع وابستگی	نام پدر	تاریخ تولد (روز / ماه / سال)	جنسیت	شماره شناسنامه	شماره ملی	شماره سری / سریال شناسنامه	محل صدور	بیماری خاص	تاریخ طلاق
۱					/ /				——			
۲					/ /				——			
۳					/ /				——			
۴					/ /				——			
۵					/ /				——			

(۳)

۳ ـ الف) با اطلاع و پذیرش ضوابط و شرایط تعیین شده سازمان بیمه سلامت ایران در ظهر این بیمه نامه، صحت اطلاعات تکمیل شده را تائید می نمایم. نام و نام خانوادگی سرپرست　تاریخ و امضاء	۳ ـ ب) صحت اطلاعات این پرسشنامه مورد تائید است. کارگزینی محل خدمت تاریخ　مهر و امضاء	۳ ـ ج)کسر حق بیمه درمان برمبنای ضوابط مندرج در ظهر بیمه نامه جاری تعهد میشود. واحد امور مالی محل خدمت تاریخ　مهر و امضاء	۳ ـ د) ثبت اطلاعات درrایانه بلامانع میباشد. واحد درآمد تاریخ　مهر و امضاء	۳ ـ ه) در رایانه ثبت شد. واحد بیمه گری تاریخ　مهر و امضاء

این فرم در دو نسخه تکمیل گردیده که هر دو نسخه حکم واحد دارند.

فرم مربوط به دفترچه های درمانی کارکنان دولت

بسمه تعالی

شماره

تاریخ

از:

به:

بدینوسیله آقای/خانم .... کارمند این .... جهت صدور / ابطال / المثنی دفترچه درمانی بشرح زیر معرفی ، خواهشمند است نسبت به درخواست نامبرده اقدام فرمائید .

ضمناً امور مالی این .... تعهد می نماید حق بیمه سرانه درمانی را از حقوق مزایای .... ماه .... کسر و به حساب آن .... واریز نماید .

میزان حقوق و مزایای مستمر	بیمه شدگان عادی			بیمه شدگان تعهدی								جمع	
.... ریال	کارمند	همسر	فرزندان عادی	پدر	مادر	فرزندان	برادر	خواهر				تعداد دفترچه	مبلغ درمان ریال
دفترچه موجود													
افزایش													
کاهش													
جمع													

بدهی معوقه از تاریخ .... لغایت .... بمدت .... بابت .... جلد دفترچه

مبلغ .... ریال از حقوق و مزایای .... ماه ....

ضمیمه یا نقداً توسط کارمند به حساب آن .... واریز گردید / می گردد.

مهر و امضاء رئیس

مهر و امضای امور مالی

مشخصات دفترچه های موجود و مورد درخواست

ردیف	نام و نام خانوادگی	تاریخ تولد			شماره شناسنامه	محل صدور	نسبت
		روز	ماه	سال			