سازمان بيمه خدمات درماني اداره كل بيمه خدمات درماني استان	فرم افزايش عائله جهت كليه صندوقها	كد مدرك 06 FM 07 02

نوع بيمه : ۱-كاركنان دولت ☐ ۲- ساير اقشار ☐ ۳- خويش فرما ☐ ۴- بستري شهري ☐ ۵- روستايي و عشاير ☐ ۶- ساكنين شهرهاي زير ۲۰/۰۰۰ نفر ☐

مشخصات بيمه شده اصلي (سرپرست) :

نام — شماره دفترچه/ كارت سرپرست: — كد خانوار خانه بهداشت:

نام خانوادگي: — تعداد عائله تحت تكفل قبل از تكميل فرم: — شماره پرسنلي:

نام و نام خانوادگي	نوع وابستگي	نام پدر	شماره شناسنامه	شماره مسلسل شناسنامه	شماره ملي	تاريخ تولد	جنسيت	تاريخ ازدواج	تاريخ طلاق	تاريخ شروع بيمه	تاريخ پايان تحصيلات	حق بيمه	شماره فيش	تاريخ فيش	بيماري خاص

صحت اطلاعات اين پرسشنامه مورد تائيداست .
كارگزيني يا مؤسسه بيمه گزار:
تاريخ :
مهر و امضاء :

محل مهر و امضاء وتاريخ
خانه بهداشت/ مركز بهداشتي درماني روستايي

كسر حق بيمه درمان طبق مقررات جاري تعهد مي شود
واحد امور مالي محل خدمت يا مؤسسه بيمه گزار:
رديف صفحه ليست ماه
تاريخ : مهر و امضاء :

محل مهر و امضاء وتاريخ
اداره امور عشاير

ثبت اطلاعات در رايانه بلامانع مي باشد .
واحد درآمد اداره بيمه خدمات درماني شهرستان :
تاريخ :
مهر و امضاء :

در رايانه ثبت شد .
تاريخ :
امضاء :

اينجانب .....سرپرست خانواده (نامبرده / نابردگان فوق الذكر) صحت مطالب تكميل شده را تائيد مي نمايم .

محل امضاء، اثر انگشت و تاريخ