



سازمان بیمه خدمات درمانی  
اداره کل بیمه خدمات درمانی استان

فرم

کد مدرک

08 FM 13 00

افزایش عائله جهت کلیه صندوقها

نوع بیمه : ۱- کارکنان دولت  ۲- کارکنان بازرگانی راه و ترابری  ۳- سایر افسار  ۴- خویش فرما (اتباع خارجی)  ۵- بیمه ایرانیان :  فردی  انفرادی  ۶- روستائی و عشایر  ۷- ساکنین شهرهای زیر ۲۰/۰۰۰ نفر

مشخصات بیمه شده اصلی (سرپرست) :

نام : کد بیمه درمانی سرپرست : کد خانوار خانه بهداشت :  
نام خانوادگی : تعداد عائله تحت تکفل قبل از تکمیل فرم : شماره پرسنلی :  
افغانی  عراقی  سایر

مشخصات بیمه شده تبعی :

بیماری خاص	تاریخ		شماره		حق بیمه	تاریخ شروع بیمه	تاریخ طلاق	تاریخ ازدواج	جنسیت	تاریخ تولد	شماره ملی	شماره مسلسل شناسنامه / شماره شناسائی اتباع	شماره شناسنامه	نام پدر	نوع وابستگی	نام و نام خانوادگی	
	فیش	حواله	فیش	حواله													
بیماری خاص		تاریخ		شماره		حق بیمه	تاریخ شروع بیمه	تاریخ طلاق	تاریخ ازدواج	جنسیت	تاریخ تولد	شماره ملی	شماره مسلسل شناسنامه / شماره شناسائی اتباع	شماره شناسنامه	نام پدر	نوع وابستگی	نام و نام خانوادگی
در رایانه ثبت شد.		تاریخ :		شماره :		حق بیمه	تاریخ شروع بیمه	تاریخ طلاق	تاریخ ازدواج	جنسیت	تاریخ تولد	شماره ملی	شماره مسلسل شناسنامه / شماره شناسائی اتباع	شماره شناسنامه	نام پدر	نوع وابستگی	نام و نام خانوادگی
واحد بیمه گری		تاریخ :		شماره :		حق بیمه	تاریخ شروع بیمه	تاریخ طلاق	تاریخ ازدواج	جنسیت	تاریخ تولد	شماره ملی	شماره مسلسل شناسنامه / شماره شناسائی اتباع	شماره شناسنامه	نام پدر	نوع وابستگی	نام و نام خانوادگی
مهر و امضاء :		تاریخ :		شماره :		حق بیمه	تاریخ شروع بیمه	تاریخ طلاق	تاریخ ازدواج	جنسیت	تاریخ تولد	شماره ملی	شماره مسلسل شناسنامه / شماره شناسائی اتباع	شماره شناسنامه	نام پدر	نوع وابستگی	نام و نام خانوادگی
مهر و امضاء :		تاریخ :		شماره :		حق بیمه	تاریخ شروع بیمه	تاریخ طلاق	تاریخ ازدواج	جنسیت	تاریخ تولد	شماره ملی	شماره مسلسل شناسنامه / شماره شناسائی اتباع	شماره شناسنامه	نام پدر	نوع وابستگی	نام و نام خانوادگی

اینجانب ..... سرپرست خانواده (نامبرده / نامبردگان فوق الذکر) صحت مطالب تکمیل شده را تأیید می نمایم .

محل امضاء ، اثر انگشت و تاریخ