

کد مدرک : 08 FM 001 03  
تاریخ :  
شماره :

**بیمه نامه**

**صدور اولیه / تمدید دفترچه کارکنان دولت**



سازمان بهداشت و آموزش پزشکی  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

**(۱) مشخصات فرد اصلی :**

در این قسمت چیزی ننویسید. ↓

کد بیمه درمانی سرپرست:

نام موسسه بیمه گزار: ..... محل خدمت:

وضعیت کارمند: ۱ - شاغل  ۲ - بازنشسته

نام:

نام خانوادگی:

نام پدر:

تاریخ تولد:  /  /

جنسیت: مذکر  مؤنث

شماره ملی:

شماره شناسنامه:

شماره سری / سریال شناسنامه:

محل سکونت: استان  شهرستان

محل کار: استان  شهرستان

تلفن:  کدپستی:

تلفن:  کدپستی:

محل اقامت مکی:

شماره مستخدم:  /  /

تاریخ استخدام:  /  /

۴ - وظیفه بگير  وضعیت پرداخت حق بیمه عادی

۳ - مستمري بگير

خود کفا

متاهل  متاهل

تاریخ ازدواج:

محل صدور:

کوچه  کوچه

خیابان  خیابان

شهر / روستا  شهر / روستا

روز / ماه / سال ↓

**(۲) مشخصات افراد تبعی :**

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

**(۳)**

تاریخ و امضاء	تاریخ و امضاء	تاریخ و امضاء	تاریخ و امضاء
واحد بیمه گری	واحد امور مالی محل خدمت	واحد امور مالی محل خدمت	واحد امور مالی محل خدمت
تاریخ	تاریخ	تاریخ	تاریخ
مهر و امضاء	مهر و امضاء	مهر و امضاء	مهر و امضاء
مهر و امضاء	مهر و امضاء	مهر و امضاء	مهر و امضاء

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