

کد مدرک

۰۸FM ۰۱۳۰۳

فرم

### افزایش عائله جهت کلیه صندوق ها



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
معاونت خدمات بهداشتی درمانی

نوع بیمه: ۱- کارکنان دولت  ۲- کارکنان ماهه ۳۰ (منگ شده)  ۳- سایر اشخاص  ۴- اتباع خارجی  ۵- بیمه ایرانیان: کردی  ۶- روستایی  ۷- عشایر  ۸- ساکنین شهرهای زیر ۲۰/۰۰۰ نفر  ۹- بیمه سلامت همگانی

مشخصات بیمه شده اصلی (سرپرست):

نام: کد بیمه درمانی سرپرست:

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

کد خانوار خانه بهداشت:

شماره پرسنلی:

افغانی  عراقی  سایر

مشخصات بیمه شده تبعی:

نام و نام خانوادگی	نوع وابستگی	نام پدر	شماره شناسنامه	شماره مسلسل شناسنامه/شماره شناسایی اتباع	شماره ملی	تاریخ تولد	جنسیت	تاریخ ازدواج	تاریخ طلاق	تاریخ شروع بیمه	حقی بیمه	شماره		
												تاریخ	تاریخ	

صحت اطلاعات این پرسشنامه مورد تأیید است.  
 کسر حق بیمه درمان طبق مقررات جاری، تعهد می شود.  
 مؤسسه بیمه گراز:  
 مهر و امضاء:

صحت اطلاعات این پرسشنامه مورد تأیید است.  
 اداره کل / دفتر امور اتباع و مهاجرین خارجی

محل مهر و امضاء و تاریخ:

محل مهر و امضاء و تاریخ:

خانه بهداشت / مرکز بهداشتی درمانی روستایی

محل مهر و امضاء و تاریخ:

اداره امور عشایر

محل مهر و امضاء و تاریخ:

ثبت اطلاعات در رایانه پلامان می باشد.  
 واحد درآمد:  
 مهر و امضاء:

تاریخ:  
 واحد بیمه گری  
 مهر و امضاء:

محل امضاء، اثر انگشت و تاریخ

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

آدرس سایت اینترنتی سازمان: [WWW.IHIO.GOV.IR](http://WWW.IHIO.GOV.IR)