



فرم

افزایش عائله جهت کلیه صندوقها

کد مدرک

08 FM 013 02

نوع بیمه: ۱- کارکنان دولت □ ۲- کارکنان بازنشسته راه و ترابری □ ۳- سایر اقشار □ ۴- خویش فرما (اتباع خارجی) □ ۵- بیمه ایرانیان: کردی □ البرائی □

۶- ساکنین شهرهای زیر ۷۰۰۰ نفر □ ۷- روستایی و عشایر □

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 □ اسپر □

مشخصات بیمه شده تبعی:

نام و نام خانوادگی	نوع وابستگی	نام پدر	شماره شناسنامه	شماره مسلسل	شناسنامه / شماره شناسائی اتباع	شماره ملی	تاریخ تولد	جنسیت	تاریخ ازدواج	تاریخ طلاق	تاریخ شروع بیمه	حق بیمه	شماره	
													تاریخ	شماره
													فیش	فیش
													حواله	حواله

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

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

مهر و امضاء:

محل مهر و امضاء و تاریخ

اداره امور عشایر

تاریخ:

واحد درآمد:

تاریخ:

واحد بیمه گری

خانه بهداشت / مرکز بهداشتی درمانی روستایی

محل مهر و امضاء و تاریخ

مهر و امضاء:

محل مهر و امضاء و تاریخ

مهر و امضاء:

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

محل امضاء، الکترونیک و تاریخ

آدرس سایت اینترنتی سازمان:

WWW.IHIO.GOV.IR