



سازمان بیمه سلامت ایران  
اداره کل بیمه سلامت استان

### فرم

کد مدرک

08 FM 013 02

### افزایش عائله جهت کلیه صندوقها

نوع بیمه: ۱- کارکنان دولت  ۲- کارکنان بازرگانی راه و ترابری  ۳- سایر اقشار  ۴- خویش فرما (اتباع خارجی)  ۵- بیمه ایرانیان: گروهی  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 <input type="checkbox"/> عراقی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>

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		بیماری خاص	
												فیش	حواله	فیش	حواله		
صحت اطلاعات این پرسشنامه مورد تأیید است. کسر حق بیمه درمان طبق مقررات جاری، تعهد می شود. مؤسسه بیمه گزار:			صحت اطلاعات این پرسشنامه مورد تأیید است. اداره کل / دفتر امور اتباع و مهاجرین خارجی			ثبت اطلاعات در رایانه بلا مانع می باشد.			در رایانه ثبت شد.			تاریخ:		واحد بیمه گری		مهر و امضاء:	
مهر و امضاء:			محل مهر و امضاء و تاریخ			واحد درآمد:			تاریخ:			مهر و امضاء:					
خانه بهداشت / مرکز بهداشتی درمانی روستایی			اداره امور عشایر			مهر و امضاء:			مهر و امضاء:			مهر و امضاء:		محل مهر و امضاء و تاریخ			
محل مهر و امضاء و تاریخ			محل مهر و امضاء و تاریخ			مهر و امضاء:			مهر و امضاء:			مهر و امضاء:					

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

محل امضاء، اثر انگشت و تاریخ