

## "فرم درخواست ابطال دفترچه خدمات درمانی"

اینجانب ..... به شماره ملی ..... عضو هیات علمی / کارمند .....  
شاغل در دانشکده / اداره ..... متقاضی ابطال ..... جلد دفترچه به شرح جدول می باشم.  
تلفن تماس : ..... تلفن همراه : .....

خواهشمند است در این خصوص دستور لازم را مبذول فرمایند .

### علت ابطال :

۱. فوت صاحب دفترچه
۲. ازدواج صاحب دفترچه
۳. رسیدن به سن قانونی
۴. علت ابطال بدلیل داشتن سایر بیمه ها ( اشتغال)

ردیف	نام و نام خانوادگی صاحب دفترچه	نام پدر	نسبت	کدملی	علت ابطال

### مدارک لازم جهت ابطال دفترچه :

۱. فوت صاحب دفترچه : ۱- اصل دفترچه ۲- گواهی فوت ۳- تصویر فیش حقوقی
۲. ازدواج صاحب دفترچه : ۱- اصل دفترچه ۲- کپی تمام صفحات شناسنامه ۳- تصویر فیش حقوقی
۳. رسیدن به سن قانونی : ۱- اصل دفترچه ۲- کپی تمام صفحات شناسنامه ۳- تصویر فیش حقوقی
۴. سایر بیمه ها (اشتغال) : ۱- اصل دفترچه ۲- تصویر دفترچه بیمه فرزند یا همسر ۳- تصویر فیش حقوقی

امضاء سرپرست خانواده

امضاء کارشناس بیمه های اولیه

تاریخ ارجاع ..... / ..... / ۱۳۹۳

تاریخ تکمیل فرم ..... / ..... / ۱۳۹۳

جناب آقای / سرکار خانم ..... جهت بررسی و اقدام لازم

مدیر اموراداری دانشگاه