



سازمان بیمه خدمات درمانی
اداره کل بیمه خدمات درمانی
استان تهران

صدور اولیه بیمه نامه کارکنان دولت

کد شناسایی: ۱۴۵۰۰۰۱

وضعیت بازنگیری:

شماره:

تاریخ:

(۱) مشخصات فرد اصلی:

در این قسمت چیزی ننویسید. ↓

شماره بیمه شده: ۱۱۶۳۵۰۰

نام محل خدمت: تاریخ استخدام: شماره مستخدم: وضعیت کارمند: ۱ - شاغل ☐ ۲ - بازنشسته ☐ ۳ - مستمری بگیر ☐ ۴ - وظیفه بگیر ☐

نام: نام خانوادگی: نام پدر:

تاریخ تولد: جنسیت: مذکر ☐ مؤنث ☐

شمار شناسنامه / کد ملی: شماره مسلسل شناسنامه: محل صدور:

بیماری خاص: تاریخ ازدواج: محل سکونت: استان: شهرستان: بخش: شهر / روستا: خیابان: کوچه: پلاک: کدپستی: تلفن: محل کار: استان: شهرستان: بخش: شهر / روستا: خیابان: کوچه: پلاک: کدپستی: تلفن:

مشخصات جغرافیایی بیمه گزار

شماره استان: شماره شهرستان: شماره بیمه گزار:

در این قسمت چیزی ننویسید ↑

(۲) مشخصات افراد تبعی:

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

۳ - الف) با اطلاع و پذیرش ضوابط و شرایط تعیین شده سازمان بیمه خدمات درمانی که در پشت این بیمه نامه مندرج می باشد صحت اطلاعات تکمیل شده را تأیید می نمایم. نام و نام خانوادگی سرپرست تاریخ و امضاء	۳ - ب) صحت اطلاعات این پرسشنامه مورد تأیید است. کارگزینی محل خدمت مهر و امضاء تاریخ	۳ - ج) کسر حق بیمه درمان طبق مقررات جاری تعهد میشود. واحد امور مالی محل خدمت مهر و امضاء تاریخ	۳ - د) ثبت اطلاعات در رایانه بلامانع میباشد. واحد رایانه مهر و امضاء تاریخ	۳ - ه) در رایانه ثبت شد. مهر و امضاء
---	--	---	---	---