

| | | |
|-------------------------|----------------------------|--|
| کد مدرک 08 FM 008 02 | فرم | سازمان بیمه سلامت ایران اداره کل بیمه سلامت استان |
| | درخواست صدور دفترچه المثنی | |

شماره :

تاریخ:

پیوست :

اداره کل بیمه سلامت استان

اداره بیمه سلامت شهرستان

کارکنان دولت روستاییان، عشایر و ساکنین شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر

سایر اقشار: بیمه شدگان بنیاد شهید و امور ایثارگران خویش فرمایان ایرانیان
 سایر اتباع خارجی

دفترچه بیمه درمانی اینجانب / افراد تحت تکفل اینجانب با مشخصات زیر مفقود گردیده است.

| ردیف | نام | نام خانوادگی | وابستگی | نام پدر | شماره شناسنامه | شماره ملی | کد بیمه درمانی اصلی / سرپرست |
|------|-----|--------------|---------|---------|----------------|-----------|------------------------------|
| ۱ | | | | | | | |
| ۲ | | | | | | | |
| ۳ | | | | | | | |
| ۴ | | | | | | | |

در صورت بروز هر گونه خسارت به سازمان ناشی از خلاف موارد ادعا شده و یا تخلفات احتمالی ناشی از سوء استفاده از دفترچه بیمه، اینجانب متعهد به جبران خسارت وارده می باشم.

نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی :

آدرس و تلفن منزل :

آدرس و تلفن محل کار:

مراتب فوق مورد تأیید است.

محل مهر و امضاء و تاریخ

خانه بهداشت روستا / مرکز بهداشتی، درمانی روستایی / اداره امور عشایر
بخش

۱) اداره بیمه گری و درآمد استان / اداره بیمه سلامت شهرستان
نام و نام خانوادگی
امضاء

۲) اعلام نظر اداره نظارت و ارزشیابی؛

با توجه به احراز عدم سوء استفاده از دفترچه مفقودی تا این تاریخ، صدور دفترچه المثنی بلامانع است.
 صدور دفترچه المثنی فعلاً امکانپذیر نمی باشد.

مهر و امضاء و تاریخ رئیس اداره نظارت و ارزشیابی

۳) موارد بند ۲ مورد تأیید می باشد.

رئیس اداره بیمه گری و درآمد
رئیس اداره بیمه سلامت شهرستان