سازمان بیمه سلامت ایران
اداره کل بیمه سلامت استان خوزستان

فــرم

افزایش عائله جهت کلیه صندوقها

کد مدرک

08FM01303

نوع بیمه: ۱-کارکنان دولت ☐ ۲-کارکنان ماده ۳۰(منفک شده) ☐ ۳-سایر اقشار ☐ ۴-اتباع خارجی ☐ ۵-بیمه ایرانیان: گروهی ☐ انفرادی ☐ ۶-روستائی ☐ ۷-عشایر ☐ ۸-ساکنین شهرهای زیر ۲۰/۰۰۰ نفر ☐ ۹-بیمه سلامت همگانی ☐

مشخصات بیمه شده اصلی(سرپرست):

نام: کد بیمه درمانی سرپرست: کد خانوار خانهٔ بهداشت:

نام خانوادگی: تعداد عائله تحت تکفل قبل از تکمیل فرم: شماره پرسنلی: افغانی ☐ عراقی ☐ سایر ☐

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 تایید است.
کسر حق بیمه درمان طبق مقررات جاری،تعهد می شود.
موسسه بیمه گزار:
مهر و امضاء:

خانه بهداشت/مرکز بهداشتی درمانی روستایی
محل مهر و امضاء و تاریخ

صحت اطلاعات این پرسشنامه مورد تایید است.
اداره کل/دفتر امور اتباع و مهاجرین خارجی
محل مهر و امضاء و تاریخ

اداره امور عشایر
محل مهر و امضاء و تاریخ

ثبت اطلاعات در رایانه بلامانع می باشد.
واحد درآمد:
تاریخ:
مهر و امضاء:

در رایانه ثبت شد.
واحد بیمه گری
تاریخ:
مهر و امضاء:

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

محل امضاء،اثر انگشت و تاریخ

آدرس سایت اینترنتی سازمان: WWW.[illegible]O.GOV.IR