سازمان بیمه سلامت ایران ادارکل بیمه سلامت استان	بیمه نامه	کد مدرک : 08FM 004 02
	صدور اولیه / تمدید دفترچه روستائیان، عشایر و ساکنین شهرهای با جمعیت کمتر از ۲۰۰۰۰ نفر	شماره مسلسل :

در این قسمت چیزی ننویسید. ← کد بیمه درمانی سرپرست:

مشخصات سرپرست :

نام : .....

نام خانوادگی: .....

نام پدر: .....

محل الصاق عکس

جنسیت : مذکر ☐ مؤنث ☐ وضعیت تاهل : متاهل ☐ مجرد ☐

تاریخ تولد: / / تاریخ ازدواج: / /

شماره شناسنامه : شماره سری / سریال شناسنامه : شماره ملی :

محل صدور : بیماری خاص : روستایی ☐ عشایر ☐ ساکن شهر با جمعیت کمتر از ۲۰۰۰۰ نفر ☐ کد پستی :

شماره پرونده در خانه بهداشت : محل سکونت : استان : شهرستان: بخش / ایل : دهستان / طایفه : آبادی / تیره :

مشخصات سایر اعضاء خانواده :

ردیف	نام	نام خانوادگی	نام پدر	وابستگی	جنسیت	تاریخ تولد	شماره شناسنامه	شماره سری / سریال شناسنامه	شماره ملی	محل صدور	بیماری خاص
۱						/ /					
۲						/ /					
۳						/ /					
۴						/ /					
۵						/ /					

۱ـ فرد متقاضی بیمه	۲ـ خانه بهداشت	۳ـ شورای اسلامی	۴ـ اداره امور عشایر	۵ـ اداره بیمه گری و درآمد استان / اداره بیمه خدمات درمانی شهرستان / نمایندگی	۶ ـ متصدی ثبت و ورود اطلاعات
با اطلاع و پذیرش ضوابط و شرایط تعیین شده سازمان بیمه خدمات درمانی در ظهر این بیمه نامه، ضمن تأیید صحت اطلاعات تکمیل شده، اعلام می نمایم که فاقد هر گونه پوشش بیمه ای (به همراه خانواده) می باشم. نام و نام خانوادگی سرپرست تاریخ و امضاء اثر انگشت بیمه شده اصلی / سرپرست / فرد تفهیم کننده:	اقامت افراد فوق مورد تایید است. تاریخ مهر و امضاء	اقامت افراد فوق مورد تایید است. تاریخ مهر و امضاء	افراد فوق تحت پوشش می باشند. تاریخ مهر و امضاء	مدارک کنترل گردید. تاریخ مهر و امضاء	اطلاعات در رایانه ثبت شد. واحد : بیمه گری تاریخ مهر و امضاء

این فرم در دو نسخه تکمیل گردیده که هر دو نسخه حکم واحد دارد.