



سازمان بیمه خدمات درمانی
اداره کل بیمه خدمات درمانی
استان تهران

فرم صدور اولیه دفترچه خویش فرما
(برنامه ملی بیمه درمان ایرانیان)

کد شناسایی: ۲۲۱۵۰۰۰۱۳۰

شماره:

تاریخ:

صفحه: ۱ از ۲

۱- مشخصات سرپرست:

نام خانوادگی: [] نام پدر: []

تاریخ تولد: [] / [] / [] جنسیت: مذکر مؤنث متأهل: مجرد:

شماره شناسنامه: [] شماره مسلسل شناسنامه: [] شماره (کد) ملی: []

فیش واریزی: شماره: [] تاریخ: [] / [] / [] مبلغ واریزی: []

بیماری خاص: تالاسمی هموفیلی MS دیالیزی پیوند کلیه اهداء کننده کلیه

محل سکونت: استان [] شهرستان [] بخش [] شهر [] خیابان [] کوچه [] پلاک [] کدپستی: []

تلفن ثابت یا کد: [] تلفن همراه: []

۲- مشخصات سایر اعضای خانواده

ردیف	نام	نام خانوادگی	نام پدر	شماره شناسنامه	سری و سریال	شماره ملی	تاریخ تولد روز/ماه/سال	نسبت	جنسیت	ملاحظات
۱					—/—		—/—/—			
۲					—/—		—/—/—			
۳					—/—		—/—/—			
۴					—/—		—/—/—			
۵					—/—		—/—/—			

۳

۳- نام و نام خانوادگی سرپرست: [] تاریخ و امضاء: []

۳- نام سرپرست: [] نام سرپرست: [] مهر و امضاء مرجع تأیید کننده: []

۳- ثبت اطلاعات در رایانه و اعلام میباشد. اداره بیمه گری و درآمد مهر و امضاء

۳- از نظر درآمد بلا مانع است. توضیحات: []

۲- در رایانه ثبت شد. مهر و امضاء - واحد رایانه تاریخ: []