


کد مدرک 08 FM 008 03	فرم	 سازمان بهداشت و آموزش پزشکی ایران اداره کل بهداشت 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