کد مدرک	فرم	سازمان بیمه سلامت ایران اداره کل بیمه سلامت استان
08 FM 013 02	**افزایش عائله جهت کلیه صندوقها**	

نوع بیمه: ۱ـ کارکنان دولت ☐ ۲ـ کارکنان بازخریدی راه و ترابری ☐ ۳ـ سایر اقشار ☐ ۴ـ خویش فرما (اتباع خارجی) ☐ ۵ـ بیمه ایرانیان : گروهی ☐ انفرادی ☐ ۶ـ روستائی و عشایر ☐ ۷ـ ساکنین شهرهای زیر ۲۰/۰۰۰ نفر ☐

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 تأیید است. کسر حق بیمه درمان طبق مقررات جاری، تعهد می شود. مؤسسه بیمه گزار: **مهر و امضاء:**	**صحت اطلاعات این پرسشنامه مورد تأیید است.** اداره کل / دفتر امور اتباع و مهاجرین خارجی **محل مهر و امضاء و تاریخ**	**ثبت اطلاعات در رایانه بلامانع می باشد.** **واحد درآمد:** **تاریخ:** **مهر و امضاء:**
خانه بهداشت / مرکز بهداشتی درمانی روستایی **محل مهر و امضاء و تاریخ**	اداره امور عشایر **محل مهر و امضاء و تاریخ**	**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، اثرانگشت و تاریخ

آدرس سایت اینترنتی سازمان: **WWW.IHIO.GOV.IR**