


کد مدرک 08 FM 08 00	فرم	 سازمان بیمه خدمات درمانی اداره کل بیمه خدمات درمانی استان
	درخواست صدور دفترچه المثنی	

شماره:
 تاریخ:
 پیوست:

اداره کل بیمه خدمات درمانی استان
 اداره بیمه خدمات درمانی شهرستان
 کارکنان دولت سایر اқشار: بیمه شدگان بنیاد شهید و امور ایثارگران خویش فرمایان و ایرانیان اتباع بیگانه
 روستاییان، عشایر و ساکنین شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر سایر

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:
 امضاء:
 تاریخ:

مراتب فوق مورد تأیید است.	
۱-۱- محل مهر و امضاء و تاریخ (اداره محل خدمت یا مؤسسه بیمه گزار)	۲-۱- محل مهر و امضاء و تاریخ خانه بهداشت روستا / مرکز بهداشتی، درمانی روستایی / اداره امور عشایر بخش:
(۱) نتیجه بررسی اولیه توسط اداره بیمه گری و درآمد / اداره بیمه خدمات درمانی شهرستان نام و نام خانوادگی امضاء	
(۲) طبق اعلام نظر اداره نظارت و ارزشیابی؛ <input type="checkbox"/> با توجه به احراز عدم سوء استفاده از دفترچه مفقودی تا این تاریخ، صدور دفترچه المثنی بلامانع است. <input type="checkbox"/> صدور دفترچه المثنی فعلاً امکانپذیر نمی باشد.	
مهر و امضاء و تاریخ: رئیس اداره بیمه گری و درآمد / رئیس اداره بیمه خدمات درمانی شهرستان	