



سازمان بهداشت ایران
سازمان آموزش پزشکی

فرم

کد مدرک

08 FM 008 04

درخواست صدور دفترچه المثنی

اداره کل بیمه سلامت استان شماره:

اداره بیمه سلامت شهرستان تاریخ:

پوست:

- کارکنان دولت کارکنان ماده ۳۰ (متفک شده) روستائیان عشایر مسکین شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر
- سایر اقشار: بیمه شدگان بنیاد شهید و امور ایثارگران بهزیستی سایر
- ایرانیان اتباع خارجی بیمه سلامت همگانی اورژانسی بالای ۷۰ سال بیمار خاص

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.

اعضاء: تاریخ:

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 بهداشت، 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 بلا مانع است.

صدور دفترچه المثنی فعلاً امکانپذیر نمی باشد.

مهر و امضاء و تاریخ رئیس اداره نظارت و ارزشیابی

رئیس اداره بیمه گری و درآمد

رئیس اداره بیمه سلامت شهرستان

۳) موارد بند ۲ مورد تأیید می باشد.

توجه: تمامی متقاضیان دریافت دفترچه المثنی، به غیر از بیماران خاص، بیماران اورژانسی و افراد بالای ۷۰ سال میبایست یکماه دوره انتظار از تاریخ درخواست را طی نمایند.