

شماره:

فرم ثبت نام بیمه تکمیل درمان سال ۱۳۹۸

تاریخ:

مشخصات بیمه شده اصلی

تاریخ تولد

شماره شناسنامه

شماره ملی

نام و نام خانوادگی

شماره عضویت

تلفن ثابت

تلفن همراه

نام پدر

نشانی:

شماره بیمه: تامین اجتماعی / سلامت

تاریخ فیش واریزی:

شماره فیش واریزی:

### مشخصات افراد تحت تکفل

۱- نام و نام خانوادگی ..... شماره شناسنامه ..... شماره ملی ..... نام پدر ..... تاریخ تولد ..... نسبت با بیمه گر اصلی .....

۲- نام و نام خانوادگی ..... شماره شناسنامه ..... شماره ملی ..... نام پدر ..... تاریخ تولد ..... نسبت با بیمه گراصلی .....

۳- نام و نام خانوادگی ..... شماره شناسنامه ..... شماره ملی ..... نام پدر ..... تاریخ تولد ..... نسبت با بیمه گراصلی .....

۴- نام و نام خانوادگی ..... شماره شناسنامه ..... شماره ملی ..... نام پدر ..... تاریخ تولد ..... نسبت با بیمه گراصلی .....

۵- نام و نام خانوادگی ..... شماره شناسنامه ..... شماره ملی ..... نام پدر ..... تاریخ تولد ..... نسبت با بیمه گراصلی .....

تاریخ و امضاء