



سازمان بیمه سلامت ایران

فرم ثبت نام بیمه سلامت – ویژه وکلای دادگستری (صندوق سایر اقشار)

مشخصات بیمه شده اصلی (سرپرست خانوار)

نام: نام خانوادگی: کد ملی:
نام پدر: تاریخ تولد: / / شماره شناسنامه: شماره تلفن ثابت:
شماره پروانه وکالت: شماره تلفن همراه:
آدرس محل سکونت:
کد پستی:

مشخصات افراد تحت تکفل

نسبت	نام	نام خانوادگی	کد ملی	نام پدر	شماره شناسنامه	تاریخ تولد روز/ماه/سال	جنسیت
همسر							
فرزندان							
پدر							
مادر							

اینجانب با شماره پروانه وکالت به عنوان بیمه شده اصلی به همراه افراد تحت تکفل به شرح فوق الذکر صحت تمامی موارد را اعلام میدارم و با اطلاع کامل از شرایط، حق بیمه و پوشش های سازمان بیمه سلامت متقاضی ثبت نام و متعهد به پرداخت حق بیمه مربوطه می باشم.

نام و نام خانوادگی / تاریخ / امضاء