

## فرم درخواست صدور دفترچه المثني بیمه‌شدگان شاغل

ریاست محترم شعبه.....

باسلام

بدینوسیله اینجانب ..... بیمه شده/مستمری بگیر به شماره ..... متقاضی صدور دفترچه درمان المثني،  
جهت ..... به شماره‌شناسنامه ..... کد ملی ..... محل صدور .....  
تاریخ تولد..... نام پدر ..... می‌باشم.

نشانی محل سکونت:

تلفن

پلاک

کوچه

خیابان

شهر

امضای بیمه شده/اثرائگشت

نمونه شماره ۴ المثني

## مداری لازم برای صدور دفترچه بیمه المثني

۱. واریز فیش به مبلغ ۱۰۲۰۰۰ ریال به حساب تأمین اجتماعی به شماره حساب

۱۱۱۱۰۱۳۰۳۲ شعبه ۱۳ تأمین اجتماعی در کلیه شعبه بانک رفاه کارگران

۲. کپی صفحه اول و دوم شناسنامه سرپرست

۳. کپی صفحه اول و دوم شناسنامه صاحب دفترچه مفقود شده

۴. کپی کارت ملی صاحب دفترچه مفقود شده

۵. یک قطعه عکس ۴×۳