

فرم شماره یک

درخواست پرونده بیمارستانی بیمار بابت دریافت سهم بیمه گر پایه (سلامت - تامین اجتماعی و ...)

اینجانب آقای / خانم ----- متقاضی دریافت پرونده بیمارستانی آقای / خانم -----

----- کد ملی ----- نسبت ----- در تاریخ -----

در بیمارستان ----- بستری بوده اند و متقاضی دریافت سهم بیمه گر پایه می باشم .

تاریخ درخواست بیمه شده اصلی :

شماره موبایل بیمه شده اصلی :

امضاء بیمه شده اصلی