

## فرم درخواست صدور دفترچه المثنی بیمه شدگان شاغل

ریاست محترم شعبه.....

با سلام

بدینوسیله اینجانب ..... بیمه شده / مستمری بگیر به شماره .....  
متقاضی صدور دفترچه درمان المثنی، جهت ..... به شماره شناسنامه ..... کدملی .....  
..... محل صدور ..... تاریخ تولد ..... نام پدر ..... می باشم.

نشانی محل سکونت:

شهر ..... خیابان ..... کوچه ..... پلاک ..... تلفن .....

امضای بیمه شده / اثر انگشت

نمونه شماره ۴ المثنی

## مدارک لازم برای صدور دفترچه بیمه المثنی

- (۱) واریز فیش به مبلغ ۱۱۹۰۰۰ 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 کلی صاحب دفترچه مفقود شده
- (۵) یک قطعه عکس ۳×۴