

کد مدرک

۰۵FM۱۰۶

فرم

اظهار نامه پرداخت حق بیمه



سازمان بیمه خدمات درمانی
اداره کل بیمه خدمات درمانی استان

سال:

ماه:

کد رهگیری: ۰۵FM۱۰۶ شماره پرونده: ۲/۱ شماره پرسنلی: ۲/۱
 وضعیت: شاغل
 نام و نام خانوادگی:
 کد پستی:
 شماره تلفن:
 کد موسسه بیمه گذار:
 نام موسسه بیمه گذار:
 آدرس:
 وضعیت بیمه ای: ب

ملاحظات	خلاصه لیست تغییرات		جمع کل پرداختی	ماه جاری		میزان حقوق مشمول کسورات قانونی	جمعیت ماه جاری	عنوان
	کاهش	افزایش		سهم دولت شاغل (۳٪) و بازنشسته (۱٫۵٪)	سهم بیمه شده شاغل (۲٪) و بازنشسته (۱٫۵٪)			
								اصلی
								تیمی ۱
								تیمی ۲
								تیمی ۳
								جمع کل

ج- تفکیک حق بیمه پرداختی:

جمع کل پرداختی	مبلغ بدهی سنوات قبل		مبلغ بدهی ماههای قبل		موقوفه انفرادی		مبلغ حق بیمه ماه جاری
	سهم دولت	سهم بیمه شده (۳٪)	سهم دولت	سهم بیمه گزار	سهم دولت	سهم بیمه گزار	

سهم بیمه شده شامل ۲٪ سهم کارمند (اصلی و تیمی ۱)، تیمی ۲ و تیمی ۳ میبایند (۳٪)

و- نحوه پرداخت:

عقد/ماه	ماه	مبلغ (ریال)	تاریخ	شماره	عنوان
					رسید واریز نقدی
					چک رمزدار/بین بانکی

د- این قسمت توسط متصدی بیمه گری تکمیل خواهد گردید.

مبلغ قابل وصول	
کسر می شود: مبلغ دریافتی	
کسری / اضافه دریافتی نقل به ماه بعد	

مهر و امضاء تأیید کننده

مهر و امضاء دریافت و بررسی کننده

مهر و امضاء موسسه بیمه گذار

اظهار نامه پرداخت حق بیمه

کد مدرک

05FM0105



سازمان بیمه خدمات درمانی
اداره کل بیمه خدمات درمانی استان قزوین

سال

ماه

شماره پرونده:	مشمولین:	غیر خودکار	خودکار	بازنشسته و موظفین	شاغل	وضعیت:	چهار	نوع بیمه شده:	عادی	کد موسسه بیمه گذار:	نام موسسه بیمه گذار:	آدرس/تلفن:	کدپستی:
تاریخ:	شماره ۷/۸												

ملاحظات	خلاصه لیست تغییرات		جمع کل پرداختی	ماه جاری				عنوان
	کاهش	افزایش		حق بیمه سرانه ای	سهم دولت	سهم بیمه گزار	سهم بیمه شده	
								اصولی
								تیمی ۱
								تیمی ۲
								تیمی ۳
								جمع کل

بیمه شدگان

شماره پرداخت:

عبارت	عنوان	شماره	تاریخ	مبلغ (ریال)
بدهی/بسیج				
	رسید واریز نقدی			
	چک رمزدار/بین بانکی			

ج. تازگیوک حق بیمه پرداختی:

نوع حق بیمه	مبلغ (ریال)	نوع حق بیمه	مبلغ (ریال)
مبلغ حق بیمه ماه جاری سهم بیمه شده		موقوفه ماههای قبل بابت پرداخت سرانه ای (تیمی ۱ و ۲ و ۳)	
مبلغ حق بیمه ماه جاری سهم بیمه گذار		حق بیمه سهم بیمه شده بابت سنوات قبل	
مبلغ حق بیمه ماه جاری سهم دولت		حق بیمه سهم بیمه گزار بابت سنوات قبل	
مبلغ حق بیمه ماه جاری بابت تیمی ۱ و ۲		حق بیمه سهم دولت بابت سنوات قبل	
موقوفه ماههای قبل بابت سهم بیمه شده		مبلغ حق بیمه سرانه ای بابت سنوات قبل تیمی ۱ و ۲	
موقوفه ماههای قبل بابت سهم بیمه گزار		کسری واریزی	
موقوفه ماههای قبل بابت سهم دولت		جمع کل پرداختی	

این قسمت توسط متصدی بیمه گری تکمیل خواهد گردید.

مبلغ قابل وصول	
کسری می شود : مبلغ دریافتی	
کسری / اضافه دریافتی نقل به مابعد	



سازمان بیمه خدمات درمانی
اداره کل بیمه خدمات درمانی استان قزوین

فرم

افزایش عائله جهت کلیه صندوقها

کد مدرک

08 FM 13 00

نوع بیمه: ۱- کارکن دولت □ ۲- کارکنان بازرگانی راه و ترابری □ ۳- سایر اقشار □ ۴- خویش فرما (اتباع خارجی) □ ۵- بیمه ایرانیان: گرمی □ غیررستایی و عشایر □ ۷- ساکنین شهرهای زیر ۲۰۰۰ نفر □

مشخصات بیمه شده اصلی (سرپرست):

کد خانوار خانه بهداشت:

کد بیمه درمانی سرپرست:

شماره پرسلی:

انگلی □ عراقی □ سایر □

تعداد عائله تحت تکفل قبل از تکمیل فرم:

مشخصات بیمه شده تبعی:

نام خانوادگی	نام پدر	نوع وابستگی	شماره شناسنامه	شماره مسلسل شناسنامه/شماره شناسایی اتباع	شماره ملی	تاریخ تولد	جنسیت	تاریخ ازدواج	تاریخ طلاق	تاریخ شروع بیمه	حق بیمه	شماره		تاریخ	
												فیش حواله	فیش حواله		

تبت اطلاعات در رایانه بلا مانع می باشد.

صحت اطلاعات این پرسشنامه مورد تأیید است.

کسر حق بیمه درمان طبق مقررات جاری، تمدد می شود.
مؤسسه بیمه گزار:
مهر و امضاء:

اداره کل / دفتر امور اتباع و مهاجرین خارجی

صحت اطلاعات این پرسشنامه مورد تأیید است.

محل مهر و امضاء و تاریخ

اداره امور عشایر

محل مهر و امضاء و تاریخ

خانه بهداشت / مرکز بهداشتی درمانی روستایی

ایرجانب سرپرست خانواده (نامبرده / نامبردگان فوق الذکر) صحت مطالب تکمیل شده را تأیید می نمایم.
محل امضاء، اثر انگشت و تاریخ

(۱) مشخصات فرد اصلی:

کد بیمه درمانی سپری نویسد.

نام موسسه بیمه گزار:..... محل خدمت:.....

وضعیت کارمند: ۱ - شاغل ۲ - بازنشسته

نام:

نام خانوادگی:

نام پدر:

تاریخ تولد: / /

جنسیت: مذکر مؤنث

شماره ملی:

شماره شناسنامه

بیماری خاص:

شماره سری / سریال شناسنامه

محل سکونت: استان

بخش

شهر / روستا

پلاک

کدپستی

تلفن

محل کار: استان

بخش

شهر / روستا

پلاک

کدپستی

تلفن

(۲) مشخصات افراد تبعی:

شماره سریال	نام	نام خانوادگی	نوع وابستگی	نام پدر	تاریخ تولد	جنسیت	شماره شناسنامه	شماره ملی	شماره سری / سریال شناسنامه	محل صدور	بیماری خاص	تاریخ علاج
۱					/ /							
۲					/ /							
۳					/ /							
۴					/ /							
۵					/ /							

(۳)

الف) با اطلاع و بذریع شویط و شرایط تعیین شده سازمان بیمه خدمات درمانی در ظهر این بیمه نامه، صحت اطلاعات تکمیل شده را تأیید می نمایم.	ب) صحت اطلاعات این پرسشنامه مورد تأیید است.	ج) کسر حق بیمه درمان بر مبنای ضوابط مندرج در ظهر بیمه نامه جاری تعهد میشود.	د) ثبت اطلاعات درایانک بلا مانع میباشد.	ه) فرم ارائه ثبت شد.
نام و نام خانوادگی سرپرست	تاریخ و امضاء	تاریخ و امضاء	تاریخ و امضاء	تاریخ و امضاء

این فرم در دو نسخه تکمیل گردیده که هر دو نسخه حکم واحد دارند.