



فرم درخواست بیمه سلامت

مدیریت محترم امور مالی و خزانه داری دانشگاه

با سلام و احترام

اینجانب آقای/خانم بازنشسته / وظیفه بگیر این دانشگاه به شماره دفتر کل

و شماره ملی خواهشمند است دستور فرمایید به شرح ذیل اقدام لازم معمول گردد.

ابطال بیمه سلامت

برقراری بیمه سلامت

اصلاح بیمه سلامت

دفترچه دارد دفترچه ندارد

شماره	نام و نام خانوادگی	وابستگی	شماره ملی	تاریخ تولد	علت ابطال
۱				۱۳..... / /	
۲				۱۳..... / /	
۳				۱۳..... / /	
۴				۱۳..... / /	

تاریخ:

تلفن تماس:

امضای متقاضی و تاریخ درخواست