

به نام خدا

اینجانب با کد ملی کارمند شاغل/بازنشسته/موظف
که همسر آقای با کد ملی کارمند اداره می باشد.
متقاضی استفاده از قانون همسران شاغل مشمول بازنشستگی به شرح ذیل می باشم:

- الف- با پرداخت حق بیمه به صورت بیمه شده اصلی باقی بمانم.
- ب- بدون پرداخت حق بیمه به صورت تبعی از طرف همسر دفترچه جدید اخذ می نمایم.

تاریخ و امضاء بیمه شده

به: اداره / دفتر بیمه سلامت

از: اداره

موضوع: تعهد کسر حق بیمه

احتراماً، با توجه به درخواست خانم با کد ملی که متقاضی استفاده از
گزینه الف (پرداخت حق بیمه به صورت بیمه شده اصلی) می باشد، این اداره متعهد می شود حق بیمه
قانونی نامبرده ماهانه از حقوق وی کسر و به حساب اداره کل بیمه سلامت استان اصفهان واریز نماید.

مهر و امضاء محل خدمت خانم کارمند

به: اداره / دفتر بیمه سلامت

از: اداره

موضوع: معرفی بیمه شده

به پیوست فرم افزایش عائله نامبرده به تبعیت از همسر آقای با کد ملی
می گردد. ضمناً مراحل کاندید صدور دفترچه متقاضی در سامانه شرکای کاری بیمه سلامت انجام شد.

مهر و امضاء محل خدمت کارمند

توجه: همراه داشتن مدارک شناسایی و دفترچه بیمه در حین مراجعه به بیمه سلامت ضروری است.