



## اداره کل رفاه، تعاون و خدمات اجتماعی

تاریخ

شماره

پیوست

«بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ»

### اداره کل رفاه، تعاون و خدمات اجتماعی

سلام علیکم

احتراماً، اینجانب..... بازنشسته / کارمند..... به اطلاع میرساند اعتبار  
دفترچه درمانی فرزند به نام ..... با شماره بیمه .....  
و کد ملی..... به اتمام رسیده خواهشمند است نسبت به بررسی و تمدید  
اعتبار دفترچه نامبرده اقدام مقتضی را انجام دهید.

توجه: در صورتیکه فرزند با متقاضی زندگی نمی کند آدرس محل سکونت و شماره تماس وی را ذکر نمایید:

آدرسی و شماره تماس بیمه شده اصلی:

امضاء بیمه شده اصلی - تاریخ

لطفا در این قسمت چیزی ننویسید

نظر مددکار

تغییری در شرایط زندگی ایشان ایجاد است.

سابقه بیمه:

مطرح و مورد موافقت قرار

مورخ

در کمیسیون