



سازمان تأمین اجتماعی

بسمه تعالی

فرم اعلام شماره حساب بیمه شده اصلی جهت واريز هزینه های درمانی

بیمه شده گرامی در راستای تحقق دولت الکترونیک و اجرای دستور اداری معاونت محترم اداری و مالی سازمان لطفاً نسبت به تکمیل فرم ذیل اقدام فرمائید.

اینجانب بیمه شده اصلی به شماره بیمه متعهد میگردد که مشخصات شماره حساب اعلام شده در ذیل صحیح بوده و متعلق به شخص اینجانب (بیمه شده اصلی / مستمری بگیر) می باشد و فاقد هرگونه مشکل حقوقی و قانونی می باشد در صورت بروز هرگونه مشکل، تغییر و یا اشتباه در شماره حساب، مسئولیت آن بر عهده اینجانب بوده و دفتر اسناد پزشکی تعهدی در قبال آن نخواهد داشت.

نام و نام خانوادگی صاحب حساب تاریخ تولد نام پدر
شماره ملی شماره شناسنامه نام بانک نام شعبه بانک
کد شعبه بانک شهر نوع حساب شماره حساب متمرکز
آدرس و شماره تلفن تماس.....

نام و نام خانوادگی

امضاء و اثر انگشت

جهت تأیید شماره حساب فراگیر خود می توانید به هر یک از شعب بانکهای مربوطه (ملی و رفاه) مراجعه نمائید.
آدرس نزدیکترین شعب به این دفتر به شرح ذیل می باشد.
بانک رفاه شعبه پارک لاله (خیابان کارگر شمالی - مقابل پارک لاله - نبش کوچه فردوسی)
بانک ملی شعبه جلالیه (خیابان کارگر شمالی بالاتر از خیابان فاطمی)

ریاست محترم دفتر رسیدگی به اسناد پزشکی استان تهران

با سلام

حساب متمرکز به شماره متعلق به آقای / خانم
فرزند شماره شناسنامه تاریخ تولد و شماره ملی
مورد تأیید می باشد.

بانک

شعبه

لطفاً کپی این فرم را نزد خود نگهداری نمائید.