

رقم التأمين

اسم المشترك:

اسم الوزارة:

بيانات أفراد أسرة المشترك ممن يرغب المشترك بإضافتهم مقابل دفع مبلغ ثلاثة دنانير شهريا عن كل واحد منهم إستنادا للمادة (٨) فقرة (ب) من نظام التأمين الصحي رقم (٨٣) لعام ٢٠٠٤

الرقم	اسم المنتفع	اسم الأب	اسم الجد	العائلة	الرقم الوطني	تاريخ الولادة	صفة القرابة
١							
٢							
٣							
٤							
٥							
٦							
٧							
٨							
٩							
١٠							
١١							
١٢							

طريقة الدفع
أ- اقتطاع من الراتب

الوزارة أو الدائرة	رقم الكتاب مباشرة الاقتطاع	تاريخه	قيمة الاقتطاع

ب_ دفع نقدي مباشرة إلى صندوق التأمين الصحي المدني

رقم الوصل المالي	تاريخ الوصل المالي	قيمة الدفع	توقيع المحاسب