



سازمان تامین اجتماعی

اداره کل تامین اجتماعی استان

شعبه

فرم نمونه شماره ۳

محل الصاق عکس

فرم درخواست معرفی به کمیسیون پزشکی

(مقتضای کفالت بازمانده)

ریاست محترم شعبه تامین اجتماعی

با سلام

نظر به اینکه اینجانب خانم / آقای

خانم / آقای

و اینجانب بعلت بیماری / عارضه

دکتر

متخصص بیماریهای

□ فرزند ، □ پدر ، □ مادر ، □ شوهر

که در تاریخ فوت نموده اند

مستمری بگیر شماره

تحت معالجه خانم/آقای

از تاریخ

بوده و طبق نظر ایشان (اصل گواهی و

مدارک درمانی پیوست) قبل از فوت بیمه شده اصلی توانائی انجام کار نداشته ام . لذا خواهشمند است با توجه به گزارش بازرسی کفالت و در صورت احراز مقررات نسبت به معرفی اینجانب به کمیسیون پزشکی موضوع ماده ۹۱ قانون تامین اجتماعی اقدام نمایید. ضمناً گواهی می نمایم اینجانب اشتغال بکار نداشته و تحت تکفل شخص دیگر نبوده و همینطور مشمول هیچکدام از صندوقهای بازنشستگی نمی باشم و متعهد می گردم در روند رسیدگی به پرونده ، اطلاعات و مدارک پزشکی لازم را صادقانه در اختیار مسئولین قرار دهم. بدیهی است در صورت اثبات خلاف ادعا مسئولیت جبران خسارات وارده را عهده دار می باشم .

آدرس و تلفن محل سکونت :

نام و نام خانوادگی پزشکان معالج :

نام بیمارستانهای محل بستری ، علت بستری و تاریخ بستری :

سابقه شرکت در کمیسیون پزشکی سازمان :

سابقه شرکت در کمیسیون پزشکی سایر نهادها :

تحت پوشش نهاد حمایتی بعلت بیماری های مورد درخواست:

کارت پایان خدمت یا معافیت پزشکی (بعلت بیماری های مورد درخواست):

مدارک پیوست : () آزمایش () سونوگرافی () ام ار آی () سی تی اسکن

() نوار قلب () نوار ریه () نوار عصب و عضله () سایر مدارک

نام و نام خانوادگی و امضاء

بازمانده یا وکیل قانونی