



سازمان تامین اجتماعی

اداره کل تامین اجتماعی استان

شعبه

فرم نمونه شماره ۲

فرم درخواست معرفی به کمیسیون پزشکی

(متقاضی کفالت بیمه شده ، مستمری بگیر)

محل الصاق عکس

ریاست محترم شعبه تامین اجتماعی

باسلام

نظربه اینکه خانم / آقای ☐ فرزند ، ☐ پدر ، ☐ مادر ، ☐ شوهر اینجانب
 بیمه شده /مستمری بگیر به شماره به علت
 بیماری /عارضه از تاریخ تحت معالجه
 خانم/آقای دکتر متخصص بیماریهای بوده و بعلت خاتمه درمان و طبق نظر ایشان
 (اصل گواهی و مدارک درمانی پیوست) توانائی انجام کار ندارد لذا خواهشمند است با توجه به گزارش بازرسی کفالت و در
 صورت احراز مقررات نسبت به معرفی وی به کمیسیون پزشکی موضوع ماده ۹۱ قانون تامین اجتماعی اقدام نمایید. ضمناً
 گواهی می نمایم مشارالیه اشتغال بکار نداشته و تحت تکفل شخص دیگری نبوده و همینطور مشمول هیچکدام از صندوقهای
 بازنشستگی نمی باشد. 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

نام و نام خانوادگی و امضاء بیمه شده

☐ نوار قلب ☐ نوار ریه ☐ نوار عصب و عضله ☐ سایر مدارک

یا وکیل قانونی