

## تعهد نامه فرزندان " اناث " بیمه شدگان جهت برخورداری از حمایت‌های درمانی

ریاست محترم شعبه ...

با سلام

بدینوسیله اینجانب ..... به شماره بیمه .....  
و شماره ملی ..... اعلام میدارم ، فرزندم به نام .....  
شماره شناسنامه ..... کدملی ..... محل صدور .....  
متولد ..... فاقد شغل و شوهر بوده و بلافاصله پس از اشتغال یا ازدواج ، شعبه  
ذیربط را مطلع نمایم . بدیهی است در صورت اثبات خلاف ادعا متعهد به جبران خسارت وارده  
طبق ماده ۹۷ قانون تامین اجتماعی خواهم بود .  
خواهشمند است دستور فرمائید ، طبق مقررات مربوطه نسبت به صدور دفترچه درمانی نامبرده  
اقدام لازم معمول نمایند .

امضاء بیمه شده / اثر انگشت

### "ماده ۹۷ قانون تامین اجتماعی"

هر کس به استناد و گواهی های خلاف واقع یا با توسل به عناوین و وسایل تقلبی از مزایای  
مقرر در این قانون به نفع خود استفاده نماید یا موجبات استفاده افراد خانواده خود یا  
اشخاص ثالث را از مزایای مذکور فراهم سازد به پرداخت جزای نقدی معادل دو برابر  
خسارات وارده به سازمان تامین خدمات درمانی یا این سازمان و در صورت تکرار به حبس  
جنجه ای از ۶۱ روز تا ۶ ماه محکوم خواهد شد .