

## تعهد نامه بیمه شده زن جهت بر خورداری فرزند / فرزندان از دفترچه درمانی

ریاست محترم سازمان تأمین اجتماعی شعبه.....

باسلام

احتراماً، بدینوسیله اینجانب ..... به شماره بیمه / مستمری ..... و شماره ملی ..... با اطلاع از مفاد ماده "۹۷" قانون تأمین اجتماعی متعهد و اعلام می نمایم ، همسرم آقای ..... به شماره ملی ..... و فرزند / فرزندانم در هیچ یک از کارگاههای مشمول قانون تأمین اجتماعی اشتغال نداشته و تحت پوشش نظام بیمه ای خاص نبوده و مستمری دریافت نمی نماید / نمی نمایند.

خواهشمند است دستور فرمائید ، مطابق قانون و ضوابط تأمین اجتماعی نسبت به صدور دفترچه درمانی جهت فرزند / فرزندانم به شرح ذیل اقدام لازم را معمول نمایند.

### اسامی فرزند / فرزندان:

- ۱- نام و نام خانوادگی ..... شماره شناسنامه ..... کد ملی ..... محل صدور ..... متولد.....
- ۲- نام و نام خانوادگی ..... شماره شناسنامه ..... کد ملی ..... محل صدور ..... متولد.....
- ۳- نام و نام خانوادگی ..... شماره شناسنامه ..... کد ملی ..... محل صدور ..... متولد.....
- ۴- نام و نام خانوادگی ..... شماره شناسنامه ..... کد ملی ..... محل صدور ..... متولد.....
- ۵- نام و نام خانوادگی ..... شماره شناسنامه ..... کد ملی ..... محل صدور ..... متولد.....
- ۶- .....

### امضاء متقاضی / اثر انگشت

ماده ۹۷ قانون تأمین اجتماعی، « هرکس به استناد اسناد 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 خسارت وارده به سازمان تأمین اجتماعی و در صورت تکرار به حبس جنحه ای از ۶۱ روز تا شش ماه محکوم خواهد شد.»

شماره ثبت در دفتر شعبه:

تاریخ ثبت :