



سازمان بیمه سلامت ایران

اداره کل بیمه سلامت استان اردبیل

سسه تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

سال تولید، دانش بنیان و اشتغال آفرین

طرح عدالت و تعالی نظام سلامت

شماره ۱۴۰۱/۱۵۳۸۴۹

تاریخ ۱۴۰۱/۰۵/۰۸

پیوست ندارد

به : ادارات محترم طرف قرارداد

از: اداره بیمه گری و درآمد

موضوع: اعلام تغییرات عائله

سلام علیکم

با احترام، با عنایت به الکترونیکی شدن سیستم ارائه خدمات بیمه ای به بیمه شدگان تحت تکفل آن اداره، خواهشمند است مقرر فرمایند تغییرات عائله بشرح ذیل، به کارکنان و بازنشستگان مشمول بیمه سلامت آن اداره اطلاع رسانی شود.

« بیمه شدگان اصلی (سرپرست) می بایست حداکثر ظرف یکماه هرگونه تغییرات عائله اعم از ازدواج فرزندان، خروج از کفالت افراد تبعی، قطع حقوق و ... را به ادارات بیمه سلامت اعلام نمایند »
شایان ذکر است عدم اعلام بموقع موارد فوق منجر به کسر حق بیمه ماهانه به صورت مازاد از حقوق مشمول بیمه شده اصلی خواهد شد.

رامین حاجی سلیمان
رئیس اداره بیمه گری و درآمد استان اردبیل
جای مهر

ش.ف. ۶۲۰۳۵۰۶۲

دورنرخ: ۳۳۷۱۰۰۰۷

۱۶۶۶ سالانیاختلوی ۲۴ ساعه و رسیدگی به شکایات

آدرس: اردبیل - خیابان امام خمینی روبروی پادگان شهید چمران

تلفن: ۳۳۷۱۰۰۰۸

پست الکترونیکی: info.ar@ihio.gov.ir

آدرس سایت: http://ar.ihio.gov.ir