

کارگزاری محترم سازمان تامین اجتماعی استان لرستان	
مدیریت محترم سازمان بیمه سلامت استان لرستان	
کارگزاری محترم سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح	
باسلام	
احتراماً اینجانب	به شماره شناسنامه
فرزند	به شماره ملی
با توجه به اینکه از ابتدای مهرماه ۱۴۰۳ (شش ماه قبل از ارائه درخواست) شاغل به کار و یا بازنشسته در ادارات و سازمان ها و شرکت های دولتی وخصوص نمی باشم لذا خواهشمند است ضمن بررسی موضوع مراتب در ذیل این برگه جهت ارائه به سازمان نظام مهندسی ساختمان استان لرستان گواهی فرمائید.	
ضمناً اینجانب فرم تعهد نامه مرتبط را در دفتر خانه اسناد رسمی تکمیل و پیوست نامه نموده ام.	
نام و نام خانوادگی	شماره عضویت نظام مهندسی :
مهر و امضاء	شماره تلفن همراه:

بدینوسیله گواهی می شود آقای/خانم به کد ملی در سازمان تامین اجتماعی دارای سابقه پرداخت حق بیمه ☐ فاقد سابقه پرداخت حق بیمه ☐ می باشد.	
بیمه شده اصلی ☐ تحت تکفل ☐ نوع بیمه	
نامبرده دارای سابقه بازنشستگی در تاریخ بوده و دارای حقوق بازنشستگی می باشد. ☐ بلی ☐ خیر	
آخرین سابقه در تاریخ. مربوط به کارگاه. می باشد و پس از آن فاقد سابقه می باشد.	
سازمان تامین اجتماعی	

سازمان بیمه سلامت	
جهت گرفتن استعلام بیمه سلامت از طریق مسیر ذیل اقدام نماید :	
سامانه پنجره ملی خدمات دولت هوشمند به آدرس my.gov.ir ، پس از ورود به سامانه، در بخش وزارتخانه ها ، وزارت بهداشت و درمان را انتخاب نمایید و در زیر مجموعه سازمان بیمه سلامت را انتخاب نموده و از پنجره باز شده در قسمت استعلام بیمه با وارد نمودن کد ملی سوابق بیمه ای شخص نمایش داده می شود.	
پرینت استعلام گرفته شده ضمیمه گردد.	

بدینوسیله گواهی می شود آقای/خانم به کد ملی در سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح دارای سابقه پرداخت حق بیمه ☐ فاقد سابقه پرداخت حق بیمه ☐ می باشد.	
بیمه شده اصلی ☐ تحت تکفل ☐ نوع بیمه	
نامبرده دارای سابقه بازنشستگی در تاریخ بوده و دارای حقوق بازنشستگی می باشد. ☐ بلی ☐ خیر	
آخرین سابقه در تاریخ. مربوط به کارگاه. می باشد و پس از آن فاقد سابقه می باشد.	
خدمات درمانی نیروهای مسلح	