

## تعهدنامه «فرزندان ذکور» بیمه شدگان جهت برخورداری از حمایت‌های درمانی

ریاست محترم شعبه

باسلام

بدینوسیله اینجانب ..... به شماره بیمه .....  
و شماره ملی ..... اعلام می‌دارم، فرزندم به نام .....  
شماره شناسنامه ..... کد ملی ..... محل صدور.....  
متولد ..... اشتغال به کار نداشته و بلافاصله پس از اشتغال، شعبه ذیربط را مطلع  
نمایم. بدیهی است در صورت اثبات خلاف ادعا متعهد به جبران خسارات وارده طبق ماده ۹۷  
قانون تأمین اجتماعی خواهم بود.  
خواهشمند است دستور فرمائید، وفق مقررات مربوطه نسبت به صدور دفترچه درمانی  
نامبرده اقدام لازم معمول نمایند.

**امضاء بیمه شده / اثر انگشت**

«ماده ۹۷ قانون تأمین اجتماعی»

هر کس به استناد اسناد و گواهی‌های 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 تأمین خدمات درمانی یا این سازمان و در صورت تکرار به حبس  
جنگه‌ای از ۶۱ روز تا ۶ ماه محکوم خواهد شد.