

فرم درخواست احتساب خدمت نظام وظیفه و حضور  
داوطلبانه در جبهه بیمه شدگان مشمول قانون تأمین اجتماعی

ریاست محترم شعبه :

با سلام

احتراماً، اینجانب ..... بیمه شده شماره ..... در حال حاضر به اعتبار اشتغال در  
کارگاه ..... به شماره ..... که در زمره بیمه شدگان اجباری  صاحبان حرف و مشاغل آزاد  مشمول قانون بیمه اجتماعی رانندگان  اختیاری  سایر مشمولین قانون تأمین  
اجتماعی  با وضعیت جانبازی  و دارا بودن دو سال سابقه پرداخت حق بیمه تا این تاریخ تقاضای احتساب  
(۱) مدت خدمت نظام وظیفه از تاریخ ..... لغایت ..... (طبق تصویر تأیید شده کارت پایان خدمت)   
(۲) حضور داوطلبانه در جبهه های نبرد حق علیه باطل از تاریخ ..... لغایت ..... (طبق گواهی صادره از  
سوی مراجع ذیصلاح)

را دارم که برابر ضوابط مورد عمل تعهد پرداخت حق بیمه متعلقه ناشی از پذیرش سوابق یاد شده را می نمایم.

ضمناً متعهد می شوم با تفهیم و آگاهی کامل از قانون اصلاح تبصره ماده (۱۴) قانون کار و الحاق یک تبصره به آن مصوب  
۸۳/۱/۳۰ مجلس شورای اسلامی و آئین نامه اجرایی آن مصوب ۸۲/۴/۸ هیئت وزیران و همچنین سایر ضوابط مقرر  
« مندرج در ظهر درخواست » از تاریخ ثبت درخواست در دبیرخانه شعبه به مدت ۲ ماه شخصاً با مراجعه به شعبه نسبت  
به دریافت اعلامیه و پرداخت حق بیمه متعلقه ناشی از پذیرش سوابق یاد شده اقدام نمایم.  
چنانچه در مهلت مقرر مذکور نسبت به تعهد خود اقدام ننمایم، به منزله انصراف از درخواست فوق تلقی و احتساب  
سوابق مورد نظر موکول به تسلیم درخواست جدید و رعایت مقررات مربوطه خواهد بود.

نام و نام خانوادگی و امضاء و اثر انگشت متقاضی

محل کار ..... تلفن تماس .....

نشانی :

منزل ..... تلفن تماس .....

شماره و تاریخ ثبت درخواست شعبه :

## شرایط لازم :

- ۱- داشتن ۲ سال سابقه بیمه
- ۲- بیمه بودن در زمان تقاضا

## مدارک لازم :

- ۱- ارائه اصل دفترچه بیمه
- ۲- ارائه اصل و کپی پشت و رو کارت پایان خدمت در صفحه A4