



نموذج تغيير درجة التأمين الصحي لعام 2023 (خاص للعاملين في جامعة البلقاء التطبيقية)

اسم المشترك :		الرقم الوظيفي :	
مكان العمل :	درجة التأمين :	نوع التعيين :	تاريخ التعيين :
الرقم الوطني :		تاريخ الميلاد :	

عنوان البريد الالكتروني (ايميل)

الهاتف الخليوي :

اسم المشترك واسماء المنتفعين المراد تغيير درجة التأمين الصحي/(الزوجة والاولاد والوالدين والزوج)

الرقم	الاسم	الرقم الوطني	تاريخ الميلاد	صلة القرابه	درجة التأمين
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

اسم المشترك : التوقيع : التاريخ :

خاص باستخدام دائرة الاشتراكات والعقود الطبية :

.....