

DATE :

Laptop No. Card ID No.

தேதி :

குடும்ப அட்டை அவசியம்



**முதலமைச்சரின் விரிவான
மருத்துவ காப்பீட்டுத் திட்டம்
உறுப்பினர் விண்ணப்பப் படிவம்**



(ஆண்டு வருமானம் ரூபாய் 1,20,000/- குறைவானவர்களுக்காக மட்டும்)

- குடும்பத் தலைவர் பெயர் :
 - தகப்பனார் / கணவர் பெயர் :
 - ஆண் / பெண் : பிறந்த தேதி / வயது :
 - தொழில் :
 - குடும்ப அட்டை எண் (Ration Card No.) : (Ration Shop No.) :
 - ஆதார் அட்டை எண் (Aadhar Card No.) :
 - நிரந்தர முகவரி : கதவிலக்கம்/தெரு
ஊர்
வட்டம்
மாவட்டம்
- தபால் குறியீட்டு எண் (Pin Code) கைபேசி எண்
8. குடும்ப உறுப்பினர்கள் விவரம்

வ. எண்.	உறுப்பினர் பெயர்	ஆண்/பெண்	வயது	உறவு முறை

9. ENROLMENT REG.NO :

இது நாள் வரை முதலமைச்சரின் விரிவான மருத்துவ காப்பீட்டு திட்டத்தின் கீழ் உறுப்பினராக பதிவு செய்யவில்லை என உறுதி அளிக்கிறேன்.

உறுப்பினர் கையொப்பம் / இடது கை பெருவிரல் ரேகை
அங்கீகரிக்கப்பட்ட அலுவலர் சான்றிதழ்

திரு திருமதி மேற்குறிப்பிட்டுள்ள தம் குடும்ப உறுப்பினர்களுடன் மேற்கண்ட முகவரியில் வசித்து வருகிறார். அவருடைய குடும்ப ஆண்டு வருமானம் ரூபாய் /- (ரூபாய் மட்டும்) என்று சான்றளிக்கிறேன்.

சான்றளிப்பவரின் பெயர் மற்றும்
அலுவலக முத்திரை

கையொப்பம்

இலவச தொலைபேசி எண் : 1800 425 3993

E-mail : tnhealthinsurance@gmail.com, cmchistn@yahoo.com Website : http://cmchistn.com

SmartCard and Technology powered by MSP & Eagle Software

இந்த விண்ணப்பம் விற்பனைக்கு அல்ல

ENROLMENT NUMBER AT THE TIME OF REG. :

DATE :

DATE OF REGISTRATION :

RATION CARD NO :

SHOP NO :

NAME OF THE HEAD OF THE FAMILY :

VILLAGE NAME :

TALUK NAME :

DISTRICT NAME :