

DATE :

Laptop No. Card ID No. 

தேதி :

குடும்ப அட்டை அவசியம்



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



(ஆண்டு வருமானம் ரூபாய் 72,000/- குறைவானவர்களுக்காக மட்டும்)

- குடும்பத் தலைவர் பெயர் :
- தகப்பனர் / 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 : கதலிலக்கம்/தெரு .....  
உள் .....  
வட்டம் .....  
மாவட்டம் .....
- தபால் குறியீட்டு எண் (Pin Code) ..... கைபேசி எண்.....
- 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 &amp; 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 :