

دائرة التحصيل والبطاقة الصحية
PATIENT ACCOUNTING DEPARTMENT
 طلب بطاقة صحية
HEALTH CARD APPLICATION


 HC NUMBER: HC08773457
 NAME : MUHAMMAD RAKHA ANSHARI
 NATIONALITY : Indonesian
 DOB : 12/05/2013
 GENDER : Male
 HC Expiry :

1. Medical Records No. _____ ١ - رقم الملف الطبي :
 Women's Hospital No. _____ ٢ - رقم مستشفى النساء :
 2. Primary Health Centre No. _____ ٢ - رقم المركز الصحي :
 3. Health Centre Code No. _____ ٣ - رمز المركز الصحي :
 4. Full Name _____ ٤ - الاسم بالكامل :
 العاظة الجد الأب الأول
 First Father G. Father Family
 5. Date of Birth _____ ٥ - تاريخ الميلاد :
 Day Month Year السنة الشهر اليوم
 6. Age _____ Blood Group _____ فصيلة الدم _____ ٦ - العمر :
 7. Nationality _____ 8. Sex _____ : الجنس - ٨ _____ ٧ - الجنسية :
 9. Marital Status _____ ٩ - الحالة الاجتماعية :
 10. Work Address _____ ١٠ - عنوان العمل :
 11. Home Address _____ ١١ - عنوان المنزل :
 12. Home Telephone _____ Office Tel _____ : تلفون المنزل : تلفون العمل : ١٢
 13. Name & Address of Next of Kin _____ ١٣ - اسم وعنوان أقرب المقربين :
 14. Next of kin Telephone _____ ١٤ - تلفون أقرب شخص إليك :
 15. Name & Address of Sponsor/Employer _____ ١٥ - اسم وعنوان الكفيل :
 16. ID Number _____ ١٦ - رقم البطاقة الشخصية :
 17. Visa Status (Resident/Visitor): _____ ١٧ - نوع الإقامة : (مقيم / زائر)
 Applicant's Signature _____ توقيع صاحب الطلب :

FOR OFFICE USE ONLY

CARD REF _____ EXPIRY DATE _____ RECEIPT _____
 LOCATION _____ FEES _____
 DATE 11.1.2024 SIGNATURE _____