



مؤسسة حمد الطبية  
Hamad Medical Corporation

HEALTH · EDUCATION · RESEARCH صحة · تعليم · بحوث

دائرة التحصيل والبطاقة الصحية

PATIENT ACCOUNTING DEPARTMENT

طلب بطاقة صحية

**HEALTH CARD APPLICATION**



HC NUMBER: HC06997638  
NAME : HASANAH BINTI AHMAD HASNAN  
NATIONALITY : Malaysian  
DOB : 08/04/2020  
GENDER : Female  
HC Expiry :



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

**FOR OFFICE USE ONLY**

للاستعمال الرسمي فقط

CARD REF \_\_\_\_\_ EXPIRY DATE \_\_\_\_\_ RECEIPT \_\_\_\_\_

LOCATION \_\_\_\_\_ FEES \_\_\_\_\_

DATE \_\_\_\_\_ SIGNATURE \_\_\_\_\_