

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

1. Medical Records No. \_\_\_\_\_ HC NUMBER: HC08661100 \_\_\_\_\_ رقم الملف الطبي: ١  
Women's Hospital No. \_\_\_\_\_ NAME : MUFLIH TAIB ABAN \_\_\_\_\_  
2. Primary Health Centre No. \_\_\_\_\_ NATIONALITY : Indonesian \_\_\_\_\_  
DOB : 07/12/2006 \_\_\_\_\_ رقم مستشفى النساء:  
GENDER : Male \_\_\_\_\_  
HC Expiry : \_\_\_\_\_  
3. Health Centre Code No. \_\_\_\_\_ رمز المركز الصحي: ٣

4. Full Name \_\_\_\_\_ الاسم بالكامل: ٤  
الأول الأب الجد العائنة  
First Father G. Father Family

5. Date of Birth \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: ٥  
\_\_\_\_\_ Day Month Year \_\_\_\_\_ السنة الشهر اليوم

6. Age \_\_\_\_\_ Blood Group \_\_\_\_\_ فصيلة الدم \_\_\_\_\_ العمر: 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: ١٢ تلفون العمل:

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 28 8 2023 SIGNATURE \_\_\_\_\_