فرمت اطلاعات بیمه شدگان درمان گروهی

ردیف	کد ملی	نام	نام خانوادگی	نام پدر	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	شماره بیمه گر پایه	نوع بیمه گر پایه	جنسیت	نسبت	تلفن همراه	شماره شبا