

স্বাস্থ্য সাথী

স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ দপ্তর, পশ্চিমবঙ্গ সরকার



Swasthya Sathi  
Swasthya Bhawan  
GN-29, Sec-V, Salt Lake, Bidhan Nagar,  
Kolkata-91, West Bengal

**FORM-A** (Application for name addition under Swasthya Sathi)

Application NO :

DATE

DISTRICT :

BLOCK/MUNICIPALITY:-

PANCHAYAT :-

VILLAGE/WARD:-

RESIDENTIAL ADDRESS:-

NAME OF THE BENEFICIARY :

FATHER'S NAME :

DO ANY MEMBER OF THE FAMILY RECEIVE GOVT.

SPONSORED HEALTH INSURANCE / ASSURANCE :

YES

NO

DO ANY MEMBER OF THE FAMILY RECEIVE MEDICAL

ALLOWANCE FROM GOVERNMENT :

YES

NO

URN NUMBER :-

**NAMES TO BE ADDED**

SL NO	MEMBER NAME	SEX	AGE	RELATION	MOBILE NO.	KHADYASATHI ID NO.	AADHAAR NO. (If Any)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

পরিবারের সেই সকল সদস্যের নাম লিখুন যাদের নাম অন্তর্ভুক্ত করতে হবে

উপরোক্ত তথ্য সম্পূর্ণ সত্য এবং আমার পরিবারের উপরোক্ত  
সদস্যগণের নাম ইতিপূর্বে স্বাস্থ্য সাথী কার্ডে নথিভুক্ত হয়নি।

SIGNATURE OF VERIFYING OFFICER

NAME: \_\_\_\_\_

BENEFICIARY SIGNATURE

বিশদে জানতে ১৮০০-৩৪৫-৫৩৮৮ নম্বরে যোগাযোগ করতে পারেন।

স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ দপ্তর, পশ্চিমবঙ্গ সরকার সর্বদাই আপনার পাশে আছে।

Received Swasthya Sathi Application from \_\_\_\_\_

Application NO :

DATE

Signature