

podatkov za zdravstveno zavarovanje družinskih članov

ZAVAROVANEC	1	Ime in sedež zavezanca za prispevek	2	Registrska številka zavezanca
			3	Datum pričetka zavarovanja (dan, mesec, leto)
			4	Podlaga zavarovanja
	5	EMŠO		
	6	PRIIMEK IN IME		

Družinski član	7	EMŠO	8	Državljanstvo	
	9	PRIIMEK IN IME			
	10	Vrsta dogodka 1 - Prijava 2 - Odjava 3 - Sprememba	11	Datum dogodka (dan, mesec, leto)	
	12	Podlaga zavarovanja	13	Sorodstvo	
	14	PREBIVALIŠČE STALNO	Ulica s hišno številko		
	15		Številka in kraj pošte		
	16		Šifra in naziv občine	17	Država
	18	PREBIVALIŠČE ZAKASNO	Ulica s hišno številko		
	19		Številka in kraj pošte		
	20		Šifra in naziv občine	21	Država
	22	Bivalna viza do (dan, mesec, leto)		23	Potrdilo o šolanju do (dan, mesec, leto)

Družinski član	7	EMŠO	8	Državljanstvo	
	9	PRIIMEK IN IME			
	10	Vrsta dogodka 1 - Prijava 2 - Odjava 3 - Sprememba	11	Datum dogodka (dan, mesec, leto)	
	12	Podlaga zavarovanja	13	Sorodstvo	
	14	PREBIVALIŠČE STALNO	Ulica s hišno številko		
	15		Številka in kraj pošte		
	16		Šifra in naziv občine	17	Država
	18	PREBIVALIŠČE ZAKASNO	Ulica s hišno številko		
	19		Številka in kraj pošte		
	20		Šifra in naziv občine	21	Država
	22	Bivalna viza do (dan, mesec, leto)		23	Potrdilo o šolanju do (dan, mesec, leto)

Opomba:

Kraj dne

Izpolni ZZS	Datum prejema
	Prejel

M.P.

Vložnik