

o prijavi 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	17	Država
	15	Številka in kraj pošte		
	16	Šifra in naziv občine		
	18	PREBIVALIŠČE ZAČASNO Ulica s hišno številko	21	Država
	19	Številka in kraj pošte		
	20	Šifra in naziv občine		
	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	17	Država
	15	Številka in kraj pošte		
	16	Šifra in naziv občine		
	18	PREBIVALIŠČE ZAČASNO Ulica s hišno številko	21	Država
	19	Številka in kraj pošte		
	20	Šifra in naziv občine		
	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