

PRIJAVA

podatkov o zdravstvenem zavarovanju 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	PREBIVALIŠČE ZAČASNO	Šifra in naziv občine	
	17		Država	
	18	PREBIVALIŠČE ZAČASNO	Ulica s hišno številko	
	19		Številka in kraj pošte	
20	PREBIVALIŠČE ZAČASNO	Šifra in naziv občine		
21		Država		
22	Iztek veljavnosti začasnega prebivališča v RS (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	PREBIVALIŠČE ZAČASNO	Šifra in naziv občine	
	17		Država	
	18	PREBIVALIŠČE ZAČASNO	Ulica s hišno številko	
	19		Številka in kraj pošte	
20	PREBIVALIŠČE ZAČASNO	Šifra in naziv občine		
21		Država		
22	Iztek veljavnosti začasnega prebivališča v RS (dan, mesec, leto)		23	Potrdilo o šolanju do (dan, mesec, leto)

Opomba:

Kraj dne

Izpolni ZZS	Datum prejema
	Prejel

M.P.

.....
Vložnik