

o prijavi 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	15	Ulica s hišno številko	
	15		Številka in kraj pošte		
	16		Šifra in naziv občine	17	Država
	18	PREBIVALIŠČE ZAČASNO	19	Ulica s hišno številko	
	19		Številka in kraj pošte		
	20		Šifra in naziv občine	21	Država
22	Iztek veljavnosti z ačasnega 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	15	Ulica s hišno številko	
	15		Številka in kraj pošte		
	16		Šifra in naziv občine	17	Država
	18	PREBIVALIŠČE ZAČASNO	19	Ulica s hišno številko	
	19		Številka in kraj pošte		
	20		Šifra in naziv občine	21	Država
22	Iztek veljavnosti z ačasnega prebivališča v RS (dan, mesec, leto)	23	Potrdilo o šolanju do (dan, mesec, leto)		

Opomba:

Kraj dne

Izpolni ZZS	Datum prejema
	Prejel

M.P.

.....
Viožnik