

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 (samostojni podjetniki posamezniki, ki na območju RS samostojno opravljajo pridobitno ali gospodarsko dejavnost) 005 |
| | 5 | EMŠO | | |
| | 6 | PRIIMEK IN IME | | |

| | | | | |
|----------------|--|--|--|---|
| DRUŽINSKI ČLAN | 7 | EMŠO | 8 | Državljanstvo |
| | 9 | PRIIMEK IN IME | | |
| | 10 | Vrsta dogodka 1 - Prijava | 11 | Datum dogodka (dan, mesec, leto) |
| | 12 | Podlaga zavarovanja 077 družinski član (ZZVZZ: člen 20) | 13 | Sorodstvo 2 (otrok - zakonski otroci, nezakonski otroci, posvojenci) |
| | 14 | PREBIVALIŠČE STALNO | Ulica s hišno številko | |
| | 15 | | Številka in kraj pošte | |
| | 16 | | 17 | Država |
| | 18 | PREBIVALIŠČE ZAČASNO | Ulica s hišno številko | |
| | 19 | | Številka in kraj pošte | |
| | 20 | | 21 | Država |
| 22 | Iztek veljavnosti začasnega prebivališča v RS (dan, mesec, leto) | 23 | Potrdilo o šolanju do podatek za prijavo otrok do 18 let ni potreben | |

| | | | | |
|----------------|--|---|--|----------------------------------|
| 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 | | 17 | Država |
| | 18 | PREBIVALIŠČE ZAČASNO | Ulica s hišno številko | |
| | 19 | | Številka in kraj pošte | |
| | 20 | | 21 | Država |
| 22 | Iztek veljavnosti začasnega prebivališča v RS (dan, mesec, leto) | 23 | Potrdilo o šolanju do podatek za prijavo otrok do 18 let ni potreben | |

Opomba:

| |
|--|
| POOBLASTILO |
| _____ dajem pooblastilo, na (ime in priimek, naslov) |
| podlagi katerega lahko referent-ka _____, v (ime in priimek, vstopna točka) |
| mojem imenu elektronsko podpiše in elektronsko odda vlogo 'Prijava podatkov o pokojninskem in invalidskem ter zdravstvenem zavarovanju, zavarovanju za starševsko varstvo, zavarovanju za primer brezposelnosti in o sklenitvi delovnega razmerja' na pristojni organ. |

Kraj dne

| | |
|-------------|---------------|
| Izpolni ZZS | Datum prejema |
| | Prejel |

M.P.

Vložnik