

## ZGŁOSZENIE/WYREJSTROWANIE CZŁONKA RODZINY DO/Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO\*

Nazwisko i imię pracownika.....

Adres zamieszkania.....

Miejsce pracy(wydział lub kom.org.).....

Należę do oddziału wojewódzkiego NFZ.....

### Wnoszę o

zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego

wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego z dniem .....

### Dane członka rodziny zgłaszanego/wyrejestrowanego do/z ubezpieczenia zdrowotnego\*

Imię i nazwisko	
Data urodzenia	
Pesel	
Adres zamieszkania	
Stopień pokrewieństwa	
Stopień niepełnosprawności	
Data zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego**	

W /w członek rodziny

Pozostaje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym TAK NIE

### Oświadczenie

Zobowiązuję się do bezzwłocznego poinformowaniu zakładu pracy o wszelkich zaistniałych zmianach oraz dostarczenia(z początkiem każdego roku szkolnego)

Zaświadczenia o pobieraniu nauki przez dziecko powyżej 18 roku życia.

W przypadku niedostarczenia zaświadczenia dziecko zostanie wyrejestrowane ubezpieczenia zdrowotnego.

.....  
Data i podpis pracownika

\* niepotrzebne skreślić

\*\* należy podać datę kolejną po dacie ustania poprzedniego tytułu ubezpieczenia lub datę urodzenia dziecka zgłaszanego po raz pierwszy.