

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	PRIMEK IN IME		

DRUŽINSKI ČLAN	7	EMŠO	8	Državljanstvo
		9	PRIMEK 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		Šifra in naziv občine	17
	18	PREBIVALIŠČE ZAČASNO	Ulica s hišno številko	
	19		Številka in kraj pošte	
	20		Šifra in naziv občine	21
22	Iztek veljavnosti začasnega prebivališča v RS (dan, mesec, leto)	23	Potrdilo o šolanju do podatek za prijavo otrok do 18 let ni potreben (dan, mesec, leto)	

DRUŽINSKI ČLAN	7	EMŠO	8	Državljanstvo
		9	PRIMEK 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		Šifra in naziv občine	17
	18	PREBIVALIŠČE ZAČASNO	Ulica s hišno številko	
	19		Številka in kraj pošte	
	20		Šifra in naziv občine	21
22	Iztek veljavnosti začasnega prebivališča v RS (dan, mesec, leto)	23	Potrdilo o šolanju do podatek za prijavo otrok do 18 let ni potreben (dan, mesec, leto)	

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