

Szczytno, dnia

.....
Imię i nazwisko osoby bezrobotnej

zam.

PESEL

Zgłoszenie członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego

Proszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego w Narodowym Funduszu Zdrowia następujących członków mojej rodziny (w przypadku pełnoletniego dziecka do wniosku należy dołączyć zaświadczenie ze szkoły/uczelni potwierdzające, że dziecko dalej się kształci):

Lp.	imię i nazwisko	stopień pokrewieństwa	data urodzenia	PESEL
1.				
2.				
3.				
4.				

Zostałem/am poinformowany/na, że zgodnie z art. 76a pkt. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r., poz. 2561 ze zm.) mam obowiązek poinformować urząd o powstaniu okoliczności powodujących konieczność wyrejestrowania członka rodziny z ubezpieczenia zdrowotnego **w terminie 7 dni od dnia zaistnienia tych okoliczności**.

.....
czytelny podpis osoby bezrobotnej