



(Ime, /ime jednog roditelja i/ili staratelja/ke/ i prezime podnosioca zahtjeva)

(Adresa prebivališta i kontakt telefon) /**OBAVEZNO**/

ZAHTJEV

za priznavanje prava na zdravstveno osiguranje porodilji

POTREBNA DOKUMENTACIJA:

1. Fotokopija lične karte za porodilju i supruga;
2. Prijavni CIPS list (**za oba roditelja**);
3. Rodni list sa novorođeno dijete (**bez matičnog broja**), original ili ovjerena kopija;
4. Kućna lista;
5. Uvjerenje o visini prihoda ili za nezaposlena lica da se vode na evidenciji Biro rada (**ako nisu prijavljena obavezno se prijaviti**), (**za oba roditelja**);
6. Uvjerenje od boračko – invalidske zaštite da se ne vode na evidenciji korisnika lične invalidnine, ortopedskog dodatka, tuđe njege i pomoći (**za oba roditelja**);
7. Uvjerenje Zavoda zdravstvenog osiguranja, da nema osiguranje po drugom osnovu ,
8. Otpusno pismo

Podnosilac zahtjeva

Bihać, dana

godina

Napomena: Nepotpuna dokumentacija, kao i nepotpuno popunjen zahtjev neće se uzeti u razmatranje!