



---

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

---

(Adresa prebivališta i kontakt telefon)

## ZAHTJEV

### za priznavanje prava na zdravstveno osiguranje trudnica

#### POTREBNA DOKUMENTACIJA:

1. Potvrda od ginekologa i rodni list;
2. Fotokopija lične karte za trudnicu i supruga;
3. Prijavni CIPS list (**za oboje**);
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), ili dostaviti uvjerenje iz jedinstvenog sistema Porezne uprave (**za oboje**);
6. Uvjerenje Službe za lokalno ekonomski razvoj Grada Bihaća da li imenovani/a ima registrovanu samostalnu djelatnost, odnosno radnju (**za oboje**);
7. Uvjerenje od boračko – invalidske zaštite da se ne vode na evidenciji korisnika lične invalidnine, ortopedskog dodatka, tuđe njege i pomoći (**za oboje**);
8. Uplatnica administrativne takse;
9. Potvrda zavoda zdravstvenog osiguranja da se ne vodi na evidenciji osiguranih lica po drugom osnovu, /za oboje/.

Podnosioc zahtjeva

Bihać, dana \_\_. \_\_. \_\_. 2025. godina

Za izradu rješenja uplatiti administrativnu taksu u iznosu od **20,00KM** na depozitni račun Grada Bihaća broj: **3385002200163231** otvoren kod Unicredit bank dd Poslovnica Bihać, korisniku br.**722131**-budžet Grada Bihaća, budžetska organizacija **0000000**, poziv na broj **0000000000**, općina 003.

***Napomena: Zahtjev sa nepotpunom dokumentacijom i podacima, neće se uzeti u razmatranje!***