**WNIOSEK O WYREJESROWANIE CZŁONKA RODZINY**

**Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Miejscowość |  | Data |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Stanowisko |  |
| Jednostka organizacyjna |  |

Proszę o wyrejestrowanie członka mojej rodziny z ubezpieczenia zdrowotnego

|  |  |
| --- | --- |
| z dniem |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE CZŁONKA RODZINY**  **DO WYREJESTROWANIA Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NAZWISKO** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **IMIĘ** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PESEL** |  | |  | |  | | | |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |
| **DATA URODZENIA**  *(dzień, miesiąc, rok)* |  | | |  | | | |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | |
| **STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA\*** |  | współmałżonek | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | dziecko własne, przysposobione dziecko lub dziecko współmałżonka | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | inny | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| jaki? | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PRZYCZYNA WYREJESTROWANIA**\* |  | podjęcie pracy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | zakończenie nauki  *(dot. dziecka własnego, przysposobionego dziecka lub dziecka współmałżonka)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | osiągnięcie wieku 26 lat  *(dot. dziecka własnego, przysposobionego dziecka lub dziecka współmałżonka)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | inna | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| jaka? | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |

..........................................

*(podpis pracownika)*