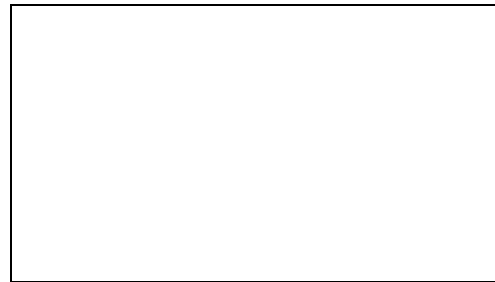




**POTRDILO O PRIJAVI**  
**podatkov o zdravstvenem zavarovanju**  
**družinskih članov**



Potrditev prejema prijave

## Podatki o NOSILCU ZAVAROVANJA

1	EMŠO	_____
2	PRIIMEK	_____
3	IME	_____

## Podatki o ZAVAROVANI OSEBI

4	EMŠO	_____	5	Državljanstvo	_____	
6	PRIIMEK	_____				
7	IME	_____				
8	Vrsta dogodka	1 - Prijava 2 - Odjava 3 - Sprememba	9	Vzrok odjave	_____	
10	Datum dogodka (dan, mesec, leto)	_____				
11	Podlaga za zavarovanje	_____	12	Sorodstvo	_____	
13	Potrdilo o šolanju do (dan, mesec, leto)	_____				
14	Stalno prebivališče v tujini	Naselje, ulica, hišna številka				
15		Številka in kraj pošte			16	Država

## Podatki o ZAVAROVANI OSEBI

4	EMŠO	_____	5	Državljanstvo	_____	
6	PRIIMEK	_____				
7	IME	_____				
8	Vrsta dogodka	1 - Prijava 2 - Odjava 3 - Sprememba	9	Vzrok odjave	_____	
10	Datum dogodka (dan, mesec, leto)	_____				
11	Podlaga za zavarovanje	_____	12	Sorodstvo	_____	
13	Potrdilo o šolanju do (dan, mesec, leto)	_____				
14	Stalno prebivališče v tujini	Naselje, ulica, hišna številka				
15		Številka in kraj pošte			16	Država

Opombe:

Datum izpolnitve prijave

Potrditev vpisa v evidenco:

Podpis nosilca zavarovanja