

Wniosek o wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny

[MIEJSCOWOŚĆ], [DATA]

[IMIĘ I NAZWISKO]

[STANOWISKO / NR AKT OSOBOWYCH]

[PESEL]

[NAZWA PRACODAWCY - PŁATNIKA SKŁADEK]

Dział Kadr i Płac

[ADRES]

INFORMACJA O OKOLICZNOŚCIACH POWODUJĄCYCH KONIECZNOŚĆ WYREJESTROWANIA CZŁONKA RODZINY Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Na podstawie art. 76a ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.
o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków
publicznych informuję, że ustały okoliczności uprawniające do
zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego jako członka rodziny:

[IMIĘ I NAZWISKO CZŁONKA RODZINY]

PESEL: [PESEL]

Stopień pokrewieństwa: [np. córka / syn / małżonek]

Przyczyna wyrejestrowania: [np. uzyskanie własnego tytułu do
ubezpieczenia zdrowotnego - umowa o pracę / umowa zlecenia /
działalność gospodarcza / rejestracja w urzędzie pracy;
ukończenie 26 lat; zakończenie nauki].

Data zaistnienia okoliczności: [DATA].

W związku z powyższym wnoszę o wyrejestrowanie wskazanej osoby
z ubezpieczenia zdrowotnego na formularzu ZUS ZCNA.

Załączniki:

- [ew. kopia umowy o pracę / zaświadczenie o zatrudnieniu
członka rodziny / zaświadczenie o skreśleniu z listy studentów].

[PODPIS]