

Wyrejestrowanie członka rodziny z ubezpieczenia zdrowotnego

Nazwisko i imię pracownika

Adres zamieszkania pracownika (kod poczt., miejscowość, gmina, ulica nr)

Miejsce pracy (wydział lub komórka org.)

Należę do oddziału wojewódzkiego NFZ

(nazwa oddziału wojewódzkiego)

Dane członka rodziny wyrejestrowywanego z ubezpieczenia zdrowotnego:

Nazwisko	Adres zamieszkania członka rodziny		Data Urodzenia	Stopień pokrewieństwa
	Kod poczt.	Miejscowość		
Imię	Ulica	Nr	Data wyrejestr. z ub. zdrowotnego**	Stopień niepełnospr.
Nr PESEL	Gmina			

W/w członek rodziny:

- Posiada status osoby bezrobotnej

TAK-NIE*

.....
data i podpis pracownika

* niepotrzebne skreślić

** należy podać datę ustania tytułu ubezpieczenia