

## Zgłoszenie członka rodziny do 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 zgłaszanego do ubezpieczenia zdrowotnego:

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

W/w członek rodziny:

- Pozostaje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym TAK-NIE\*
- Posiada status osoby bezrobotnej TAK-NIE\*

### Oświadczam

Zgłaszane dziecko\*\*\* uczęszcza do szkoły ponadgimnazjalnej, szkoły wyższej.\*

Przewidywany termin ukończenia nauczania .....

(miesiąc, rok)

**Zobowiązuję się do poinformowania zakładu pracy o wszelkich zaistniałych zmianach w terminie 7 dni .**

.....  
data i podpis pracownika

\* niepotrzebne skreślić

\*\* należy podać datę kolejną po dacie ustania poprzedniego tytułu ubezpieczenia lub datę urodzenia dziecka zgłaszanego po raz pierwszy

\*\*\* dotyczy dzieci powyżej 18 roku życia