



Podnosilac zahtjeva:

PREZIME	
IME	
IME RODITELJA	
ADRESA STANOVANJA	
KONTAKT TELEFON	

broj  
protokolaSLUŽBA ZA DRUŠTVENE DJELATNOSTI,  
BORAČKA PITANJA, RASELJENA LICA, IZBJEGLICE I POVRATNIKE

**PREDMET:** Zahtjev za ostvarivanje prava na zdravstveno djece od rođenja do polaska u osnovnu školu, a nisu zdravstveno osigurana kao članovi porodice osiguranika

Obrazloženje:

---

---

---

---

Uz zahtjev **obavezno** priložiti odgovarajuću dokumentaciju

- Izvod iz matične knjige rođenih za djete
- Uvjerenje da djete nije zdravstveno osigurano (Zavod za zdravstveno osiguranje)
- Potvrdu zavoda za zapošljavanje za roditelje
- Kopija lične karte za oba roditelja
- CIPS-prijava prebivališta
- Po potrebi i drugi dokazi

**NAPOMENA:** Korisnici prava dužni su u roku od 15 dana od dana nastale promjene, prijaviti ovom organu sve činjenice i promjene bitne za reguliranje prava na zdravstveno osiguranje.

Svojem potpisom dajem saglasnost za prosljeđivanje ličnih i ostalih podataka iz ove prijave u cilju provjere njihove tačnosti i vjerodostojnosti.

Kakanj, \_\_\_\_\_ . godine

PODNOŠILAC ZAHTJEVA

L.K. \_\_\_\_\_ PU \_\_\_\_\_