

PPN

Zavod za zdravstveno osiguranje
Županije Zapadnohercegovačke
GRUDE

ZAHTJEV

ZA POVRAT ISPLAĆENE NAKNADE
ŽENI - MAJCI U RADNOM ODNOSU KOD
FIZIČKIH I PRAVNIH OSOBA PRIVATNOG PRAVA

PODNOŠITELJ ZAHTJEVA

Broj: _____ Datum, _____

IDENTIFIKACIJSKI BROJ

ADRESA I TELEFON

POPUNJAVA PODNOŠITELJ ZAHTJEVA

Podaci o djelatniku za kojeg se traži povrat naknade

| | |
|---------------------------------------|--------------------------------|
| _____ | _____ |
| Ime i prezime djelatnika | JMBG |
| _____ | _____ |
| Iznos naknade za koji se traži povrat | Mjesec za koji se traži povrat |

Povrat isplaćenih sredstava izvršiti na račun br.

| | | |
|--|-----------|---------------------------------------|
| _____ | Kod _____ | _____ |
| Transakcijski račun obveznika uplate doprinosa | | Naziv banke |
| | M.P. | _____ |
| | | Ime i prezime, potpis ovlaštene osobe |

Dokumentacija koja se prilaže uz zahtjev:

1. Platna lista / za mjesec za koji se traži povrat/
2. Potvrda o ostvarenoj plaći žene - majke koja je u radnom odnosu kod fizičkih i pravnih osoba privatnog prava / preuzima se sa web stranice Zavoda www.zzozzh.com /
3. Nalog za isplatu naknade plaće ženi - majci koja je u radnom odnosu kod fizičkih i pravnih osoba privatnog prava / za mjesec za koji se traži povrat/
4. Preslika rješenja od strane nadležnog centra za socijalni rad kojim se odobrava pravo na porodiljnu naknadu

** Zavod može zatražiti i ostale dokumente koje smatra nužnim u određenom slučaju za reguliranje naknade plaće ženi - majci koja je u radnom odnosu kod fizičkih i pravnih osoba privatnog prava*

POPUNJAVA PODRUČNI URED ZAVODA _____

1. Uvidom u matičnu evidenciju obveznika uplate doprinosa, utvrđeno je da obveznik osiguranja ima - nema* dugovanja na temelju doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje;

2. Za osiguranika _____ uplaćen je doprinos za mjesec _____

_____ Datum M.P. _____ Ime i prezime, potpis ovlaštene osobe

*Odgovarajuće zaokružiti