

RB-1

Zavod za zdravstveno osiguranje
Županije Zapadnohercegovačke
GRUDE

ZAHTJEV

ZA REFUNDIRANJE ISPLAĆENE NAKNADE
ZA BOLOVANJE PREKO 42 DANA

PODNOŠITELJ ZAHTJEVA

Broj: _____ Datum, _____

IDENTIFIKACIJSKI BROJ

ADRESA I TELEFON

Podaci o djelatniku za kojeg se traži refundiranje naknade

Ime i prezime djelatnika

JMBG

Iznos naknade za koji se traži refundiranje

Mjesec za koji se traži refundiranje

Dokumentacija koja se prilaže uz zahtjev

- izvješće o privremenoj spriječenosti za rad (doznaka); forma izvješća o privremenoj spriječenosti za rad/doznaka definirana je Pravilnikom o postupku i kriterijima za utvrđivanje privremene spriječenosti za rad zbog bolesti, povrede ili drugih okolnosti ("Službene novine FBiH", broj; 66/12)
 - od prvog dana bolovanja uključujući dio za koji se traži refundiranje (pri prvom podnošenju zahtjeva)
 - za dio za koji se traži refundiranje pri svakom narednom podnošenju zahtjeva
- potvrda o plaći
- evidencijski list
- platna (obračunska) lista za djelatnika za kojeg se traži povrat
 - za mjesec koji je prethodio mjesecu u kojem je nastupila privremena spriječenost za rad (samo pri prvom podnošenju zahtjeva za refundiranje)
 - za mjesec za koji se traži refundiranje (pri svakom podnošenju zahtjeva)
- nalog za isplatu neto plaće
 - odvojeni platni nalog (preslik originala) za djelatnika kao dokaz o isplati naknade za vrijeme bolovanja, ili skupni nalog s popisom svih djelatnika iz kojeg je vidljivo da je osobi za koju se traži refundiranje isplaćene naknade za vrijeme bolovanja
 - iznimku čine poduzetnici s osnova obavljanja samostalne djelatnosti iz člana 12. st.2., 3. i 5 Zakona o porezu na dohodak, te obveznici koji su proračunski korisnici
- specifikaciju uz isplatu plaće za sve ostale djelatnike ovjerenu od Porezne uprave
- primjerak Nalaza, ocjene i mišljenja o utvrđivanju privremene spriječenosti za rad liječnika koji je utvrdio privremenu spriječenost za rad od prvog dana nastupanja iste
 - Nalaz, ocjenu i mišljenje Liječničkog povjerenstva pri svakom podnošenju zahtjeva

Refundiranje isplaćenih sredstava izvršiti na račun br.

Transakcijski račun obveznika uplate doprinosa

Kod

Naziv banke

M.P.

Potpis ovlaštene osobe

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.

Potpis ovlaštene osobe

*Odgovarajuće zaokružiti

OVJERAVA VIŠI STRUČNI SURADNIK ZA KONTROLU BOLOVANJA, LIJEKOVA I ZDRAVSTVENIH USLUGA - KONTROLOR ZAVODA

Datum

M.P.

Potpis i faksimil kontrolora