_____

IME I PREZIME, IME OCA

_____

ADRESA STANOVANJA

KARLOVAČKA ŽUPANIJA
UPRAVNI ODJEL ZA HRVATSKE
BRANITELJE I ZDRAVSTVO
A. Vranyczanya 2
47 000 Karlovac

PREDMET: Zahtjev za priznavanje prava na obvezno zdravstveno osiguranje

Molim gore navedeni naslov da mi izda rješenje o priznavanju prava na obvezno zdravstveno osiguranje, kao zdravstveno osiguranoj osobi, jer

_____

_____

_____

_____

U Karlovcu, _____ godine

_____

PODNOSITELJ ZAHTJEVA

POTREBNI PRILOZI UZ ZAHTJEV:

1. Preslika Osobne iskaznice
2. Preslika Rodnog lista
3. Uvjerenje o prebivalištu
4. Potvrda o visini dohotka iz Porezne uprave
5. Uvjerenje sa Hrvatskog zavoda za zapošljavanje
6. Preslika rješenja Hrvatskog zavoda za socijalni rad o korištenju prava iz sustava socijalne skrbi
7. Preslika Nalaza i mišljenje tijela vještačenja
8. Preslika liječničke dokumentacije ili Potvrda liječnika opće prakse
9. Potvrda bolnice – dokaz da se nalazi na liječenju u ustanovi
10. Potvrda ginekologa – dokaz o trudnoći
11. Uvjerenje iz katastra (za zemljište)
12. Uvjerenje Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje o korištenju prava iz mirovinskog i invalidskog osiguranja
13. Izjava o članovima zajedničkog kućanstva