

| | |
|-----------------------------------|--|
| FOGLALKOZTATÓ NEVE: | |
| Foglalkoztató címe: | |
| Foglalkoztató adóazonosító száma: | |

| | | | |
|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| _____ hónap P.H. | _____ hónap P.H. | _____ hónap P.H. | _____ hónap P.H. |
| _____ hónap P.H. | _____ hónap P.H. | _____ hónap P.H. | _____ hónap P.H. |
| _____ hónap P.H. | _____ hónap P.H. | _____ hónap P.H. | _____ hónap P.H. |

Sorszám: 375814

Tájékoztató

Ezt az igazolást az egészségügyi szolgáltatás igénybevétele előtt be kell mutatni.

Ez az igazolás a személyazonosságot igazoló okmány bemutatásával együtt érvényes.

A foglalkoztató, illetve foglalkoztatónak minősülő által átadott igazolást havonta, a tárgyhónapot megelőző hónap végén, a jogosultsági jogviszony fennállását – aláírásával és pecsétjével történő – igazolásával érvényesíti.

A megállapodás alapján kiállított igazoláson a járulék befizetését az illetékes megyei egészségbiztosítási pénztár igazolja. A befizetés igazoltatásának elmaradása esetén az egészségügyi szolgáltatás térítésmentesen nem vehető igénybe.

Information

This certificate has to be submitted right before seeking health care services.

This certificate is valid only if personal identification documents (ID) are presented as well.

The certification issued by the employer or other person qualified as an employer has to be validated monthly, at the end of the month preceding the month covered by the certification. Validation means that the employer or other person qualified as an employer should stamp and sign the certificate.

The certificate issued by the competent County Health Insurance Fund on the basis of an agreement certifies that contribution is duly paid. Health care services are not available free of charge if the payment of contribution is not certified.

IGAZOLÁS

az egészségügyi szolgáltatásra való jogosultságról

| | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--|--|--|--|----|--|--|--|--|----|--|--|-----|
| A jogosult családi neve: | | | | | | | | | | | | | |
| A jogosult utóneve: | | | | | | | | | | | | | |
| Születési ideje: | | | | | év | | | | | hó | | | nap |
| TAJ-száma: | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|--|--|--|--|----|--|--|--|--|----|--|--|-----|
| Jogosultság kezdete: | | | | | év | | | | | hó | | | nap |
|----------------------|--|--|--|--|----|--|--|--|--|----|--|--|-----|

| | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|--|--|--|--|----|--|--|--|--|----|--|--|-----|
| Jogosultság megszűnésének ideje: | | | | | év | | | | | hó | | | nap |
|----------------------------------|--|--|--|--|----|--|--|--|--|----|--|--|-----|

| | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|--|--|--|--|----|--|--|--|--|----|--|--|-----|
| Kiállítás ideje: | | | | | év | | | | | hó | | | nap |
|------------------|--|--|--|--|----|--|--|--|--|----|--|--|-----|

P.H. _____
aláírás

