ORSZÁGOS EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI PÉNZTÁR

GYERMEKÁPOLÁSI TÁPPÉNZ NYILVÁNTARTÁSI PÓTLAP

Név: ____________________________
Születési név: ____________________
TAJ-száma: ______________________
Folyósítási cím: __________________
____
Gyermek neve: ___________________
TAJ-száma: ______________________
Születési ____ év ________ hó ____ nap

Egyedülállóság időtartama		Tárgyév	Tárgyévi napok száma az időtartam: a gyermek születésnapját követő naptól a legközelebbi születésnapjának betöltéséig tart	
-tól	-ig		nem eá.-ként	eá.-ként
		2		
		3		
		4		
		5		
		6		
		7		
		8		
		9		
		10		

Irányadó időszak keresetének és osztószámának alapulvételével megállapított naptári napi átlagkereset	Az ellátás									Számfejtő (felülvizsgáló) aláírása
	mértéke %	napi összege Ft/fillér	kifizetésének időpontja	folyósítása			napok száma összesen	összege	Az ellátásból levont összeg	
				-tól	-ig	napra				

MINTA

KPE 210

Irányadó időszak keresetének és osztószámának alapulvételével megállapított naptári napi átlagkereset	Az ellátás								Az ellátásból levont összeg	Számfejtő (felülvizsgáló) aláírása
	mértéke %	napi összege Ft/fillér	kifizetésének időpontja	folyósítása			napok száma összesen	összege		
				-tól	-ig	napra				

MINTA

KPE 210