

# ÉRTESÍTÉS A TÁPPÉNZJOGOSULTSÁG IDŐTARTAMÁRÓL

Tisztelt .....  
..... (keresőképtelenséget igazoló orvos)

Biztosított neve: ..... TAJ-száma:

Lakcíme:     .....

Foglalkoztató neve és címe: .....

Foglalkozása (munkaköre): .....

A keresőképtelen állományt igazoló kezelőorvos (bélyegző adatai szerint): .....

A keresőképtelenség kezdete: ..... év ..... hó ..... nap

Keresőképtelenséget jelölő kódszám: .....

A biztosított táppénzre jogosultsága:

a biztosítási jogviszony fennállása alatt ..... év ..... hó ..... napjáig, a biztosítási

jogviszony megszűnését követően ..... év ..... hó ..... napjáig áll fenn.

**A táppénz, baleseti táppénz folyósításának 240. napját követő 8 munkanapon belül, továbbá amennyiben a biztosítási jogviszony megszűnését követően válik táppénzre jogosulttá az igénylő, a keresőképtelenségi igazolás benyújtását követő 3 munkanapon belül a táppénzt folyósító szerv köteles a keresőképtelenséget igazoló orvost értesíteni a biztosított táppénz jogosultsága megszűnésének időpontjáról.**

Kelt ..... , ..... év ..... hó ..... nap