.....
(nazwisko i imię pracownika)

PESEL pracownika

Proszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego następujących członków mojej rodziny

Za członka rodziny uważa się małżonka, dziecko własne, dziecko drugiego małżonka, dziecko przysposobione, oraz wnuka i dziecko obce przyjęte na wychowanie w ramach rodziny zastępczej – do ukończenia 18 lat, a jeżeli kształci się dalej – do ukończenia 26 lat, a także innych członków, pozostających na jego wyłącznym utrzymaniu.

PESEL od momentu urodzenia dostępny jest w biurze meldunkowym.

Zgłoszenie osoby do ubezpieczenia zdrowotnego wymaga podania nr PESEL.

Zgłoszenia proszę dokonać z dniem .....

Dane identyfikacyjne członków rodziny osoby ubezpieczonej zgłaszanej do ubezpieczenia zdrowotnego.

PESEL																					
Seria i numer dowodu osobistego(tylko w przypadku braku PESEL)																					
NAZWISKO																					
Imię pierwsze																					
Data urodzenia (dzień, miesiąc, rok)																					
Stopień pokrewieństwa z ubezpieczonym																					
Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną																					
Stopień niepełnosprawności																					
Adres miejsca zamieszkania **Województwo**																					
Powiat																					
Gmina																					
Kod pocztowy																					
Miejscowość																					
Poczta																					
Ulica, nr domu, nr mieszkania																					

.....
data i podpis pracownika