**WNIOSEK O WYREJESROWANIE CZŁONKA RODZINY**

**Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Miejscowość |  | Data |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko  |  |
| Stanowisko |  |
| Jednostka organizacyjna |  |

Proszę o wyrejestrowanie członka mojej rodziny z ubezpieczenia zdrowotnego

|  |  |
| --- | --- |
| z dniem |  |

|  |
| --- |
| **DANE CZŁONKA RODZINY** **DO WYREJESTROWANIA Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO** |
| **NAZWISKO** |  |
| **IMIĘ**  |  |
| **PESEL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **DATA URODZENIA***(dzień, miesiąc, rok)* |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA\*** |  | współmałżonek |
|  | dziecko własne, przysposobione dziecko lub dziecko współmałżonka |
|  | inny |
| jaki? |  |
| **PRZYCZYNA WYREJESTROWANIA**\* |  | podjęcie pracy |
|  | zakończenie nauki*(dot. dziecka własnego, przysposobionego dziecka lub dziecka współmałżonka)* |
|  | osiągnięcie wieku 26 lat *(dot. dziecka własnego, przysposobionego dziecka lub dziecka współmałżonka)* |
|  | inna |
| jaka? |  |

..........................................

*(podpis pracownika)*