

---

*Osigurana osoba koja je ostvarila pravo na naknadu*

---

*JMBG*

---

*Adresa i mjesto prebivališta*

---

*Broj telefona*

---

*Naziv obveznika uplate doprinosa*

---

*Identifikacijski broj obveznika uplate doprinosa*

**Zavod za zdravstveno osiguranje**

**Hercegbosanske županije**

**Livno**

**Područni ured**

---

## **ZAH T J E V**

**za naknadu plaće za vrijeme porodiljskog dopusta**

*Na temelju točke II. stavak 1. Odluke o pravu na naknadu umjesto plaće ženi – majci, za vrijeme odsutnosti s posla radi trudnoće, porođaja i njege djeteta ("Narodne novine Hercegbosanske županije", broj 1/13), obraćam Vam se zahtjevom za naknadu plaće za vrijeme porodiljskog dopusta.*

**Dokumentacija koja se prilaže uz zahtjev:**

- 1. Izvod iz matične knjige rođenih za dijete*
- 2. Uvjerenje o državljanstvu*
- 3. Prijava mjesta prebivališta – boravišta (izdana od MUP-a)*
- 4. Potvrda o radnom stažu u neprekidnom trajanju od najmanje jedan (1) mjesec prije početka korištenja porodiljskog dopusta, izdana od poslodavca*
- 5. Specifikacija plaće za mjesec koji je prethodio odlasku na porodiljski dopust*
- 6. Liječničke doznake za svaki mjesec pojedinačno, počevši od prvog dana korištenja porodiljskog dopusta pa sve dok dopust traje*
- 7. Broj računa na koji će se vršiti isplata*

---

Mjesto i datum

---

Podnositelj zahtjeva

---

**NAPOMENA: Zahtjev se podnosi u roku od 90 dana od dana rođenja djeteta.**