

\_\_\_\_\_  
Naziv obveznika uplate doprinosa

\_\_\_\_\_  
Identifikacijski broj obveznika uplate doprinosa

\_\_\_\_\_  
Adresa obveznika uplate doprinosa

\_\_\_\_\_  
Broj telefona

**Zavod za zdravstveno  
osiguranje  
Hercegbosanske županije  
Livno**

**ZAH T J E V**  
**za refundiranje isplaćene naknade plaće**  
**za vrijeme privremene spriječenosti za rad (bolovanja) na teret Zavoda**

\_\_\_\_\_  
Ime i prezime djelatnika za kojeg se traži refundiranje naknade

\_\_\_\_\_  
JMBG

\_\_\_\_\_  
Transakcijski račun obveznika uplate doprinosa

\_\_\_\_\_  
Naziv banke kod koje je otvoren račun

\_\_\_\_\_  
Razdoblje za koje se traži refundiranje

\_\_\_\_\_  
Iznos naknade

**Dokumentacija koja se prilaže uz zahtjev:**

1. Doznaka za mjesec za koji se traži refundiranje (uredno popunjeni svi podaci)
2. Izvješće o privremenoj spriječenosti za rad (uredno popunjeni svi podaci)
3. Platna lista djelatnika na bolovanju za mjesec koji prethodi mjesecu u kojem je nastupio slučaj privremene spriječenosti za rad (dostaviti prilikom otvaranja bolovanja)
4. Preslike naloga za uplatu doprinosa, posebno za djelatnika na bolovanju, a posebno za ostale djelatnike, za mjesec koji prethodi mjesecu u kojem je nastupio slučaj privremene spriječenosti za rad (dostaviti prilikom otvaranja bolovanja)
5. Platna lista djelatnika na bolovanju za mjesec za koji se traži refundiranje
6. Preslike naloga za uplatu doprinosa, posebno za djelatnika na bolovanju, a posebno za ostale djelatnike, za mjesec za koji se traži refundiranje

**M. P.**

\_\_\_\_\_  
Mjesto i datum

\_\_\_\_\_  
Potpis ovlaštene osobe

**Popunjava Područni ured Zavoda za zdravstveno osiguranje Hercegbosanske županije**

Uvidom u matičnu evidenciju obveznika uplate doprinosa utvrđeno je da obveznik osiguranja **ima / nema (\*)** dugovanja doprinosa za zdravstveno osiguranje.

Za osiguranika \_\_\_\_\_ uplaćen je doprinos za mjesec \_\_\_\_\_.

**M. P.**

\_\_\_\_\_  
Mjesto i datum

\_\_\_\_\_  
Potpis ovlaštene osobe

\* odgovarajuće zaokružiti