

Regionalni ured _____ Područna služba _____

MBO

OIB

Ime i prezime

Datum rođenja

Adresa osig. osobe _____

Grad/naselje _____ Ulica i broj _____



Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

BAR KOD - - - - -

* 0 1 3 9 7 7 1 1 4 *

Šifra zdruzanove - ordinacije priv. prakse

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Šifra ugovornog doktora

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Šifra doktora specijaliste

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kat. osig.

--	--	--

 Spol

--

 U cijelosti pokriva obvezno zdravstveno osiguranje šifra

--	--

Drž. osig.

--	--	--

 Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska kartica ZO _____

Broj evidencije prijave ozljede/bolesti

PN TJO

--	--	--	--

 /

--	--

OR PB

--	--

Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti

UPUTNICA ZA

Konzilijarna zdravstvena zaštita A	Šifra djelatnosti <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											Bolničko liječenje B	Šifra djelatnosti <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
Specijalistička zdravstvena zaštita C	Šifra djelatnosti <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											Ambulantno liječenje D	Šifra djelatnosti <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										

Upućuje se _____ (Nazivspecijaliste / djelatnosti zdravstvene zaštite) Šifra dij. prema MKB

--	--	--	--	--	--

Uputna dijagnoza _____

--	--	--	--	--	--

Molim, traži se _____


Napomena _____

U _____, _____ 201_____ g. M.P. _____ Potpis i faksimil izabranog doktora

Datum primitka na liječenje-pregled-dijagnostiku osigurane osobe: _____



U _____, _____ 201_____ g. M.P. _____ Potpis ovlaštene osobe i pečat zdr. ustanove odnosno ord. priv. prakse

Regionalni ured _____ Područna služba _____ MBO OIB Ime i prezime Datum rođenja Adresa osig. osobe _____ Grad/naselje _____ Ulica i broj _____	 <p>Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> Šifra ugovornog doktora <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> </div>																						

Kat. osig. <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				Spol <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"><tr><td> </td></tr></table>		Broj evidencije prijave ozljede/bolesti PN TJO <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> / <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"><tr><td> </td></tr></table>								Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti OR PB <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>								
Drž. osig. <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				Broj boles. lista INO, broj putovnice, europske kartice ZO _____																		

**UPUTNICA ZA LABORATORIJ
 PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE**

Medicinsko-biokemijski laboratorij - sjedište, adresa

Molim, traži se _____

Uputna dijagnoza _____

--	--	--	--	--	--	--	--

Šifra dijag. prema MKB

U _____

M.P.

_____ 201__ g.

 Potpis i faksimil izabranog doktora



Regionalni ured Područna služba

MBO

OIB

Ime i prezime

Datum rođenja

Adresa osig. osobe
 Grad/naselje Ulica i broj

BAR KOD - - - - -
 * 0 1 3 9 7 7 1 1 4 *



Hrvatski
 zavod za
 zdravstveno
 osiguranje

Šifra zdr. Ustanove - ordinacije priv. prakse

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Šifra ugovornog doktora

--	--	--	--	--	--	--	--

Kat. osig. <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				Spol <table border="1"><tr><td> </td></tr></table>		Broj evidencije prijave ozljede/bolesti <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
Drž. osig. <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				PN TJC												
Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska kartica ZO		OR PB	Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>													

NALOG za sanitetski prijevoz osigurane osobe

DIJAGNOZA: _____

Šifra dij. prema MKB									

POLAZIŠTE																				
_____ _____ (Mjesto prebivališta, boravišta, naziv zdr. ustanove ili ord. priv. prakse, isporučitelja ortop. i drugih pomagala - potpuna adresa)																				
ODREDIŠTE																				
_____ _____ (Mjesto prebivališta, boravišta, naziv zdr. ustanove ili ord. priv. prakse, isporučitelja ortop. i drugih pomagala - potpuna adresa)																				
Datum: _____																				
Broj prijeđenih kilometara _____ km (Upisuje zdravstvena ustanova koja je obavila sanitetski prijevoz)																				
od <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> do <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> tjedno _____ puta																				
PRIJEVOZNO SREDSTVO: SANITETSKO VOZILO <input type="checkbox"/> PLOVILO <input type="checkbox"/> SANITETSKO VOZILO I PLOVILO <input type="checkbox"/>																				
BOLESNIK LEŽI <input type="checkbox"/> SJEDI <input type="checkbox"/> NE SMIJE SE SAMOSTALNO KRETATI <input type="checkbox"/>																				
VRIJEDI ZA VIŠE PUTOVANJA <input type="checkbox"/> VRIJEDI ZA JEDNO PUTOVANJE (odlazak i povratak) <input type="checkbox"/>																				
NAPOMENA: _____																				
U _____, _____ 201____. g. M.P. _____ (Potpis i faksimil doktora koji izdaje nalog)																				



Regionalni ured	Područna služba
MBO	
OIB	
Ime i prezime	
Datum rođenja	
Adresa osig. osobe	Ulica i broj
Grad/naselje	

BAR KOD - - - - -
* 0 1 3 9 7 7 1 1 4 *



Hrvatski
zavod za
zdravstveno
osiguranje

Šifra zdr. Ustanove - ordinacije priv. prakse									
Šifra ugovornog doktora									

Kat. osig.	Spol	Broj evidencije prijave ozljeda/bolesti
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Drž. osig.	Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska kartica ZO	PN/TJC <input type="text"/>
<input type="text"/>		Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti <input type="text"/>
		OR/PB <input type="text"/>

N A L O G

za sanitetski prijevoz osigurane osobe na hemodijalizu

DIJAGNOZA: _____

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
----------------------	---	----------------------

Šifra dij. prema MKB

POLAZIŠTE

(Mjesto prebivališta, boravišta, naziv zdr. ustanove ili ord. priv. prakse, isporučitelja ortop. i drugih pomagala - potpuna adresa)

ODREDIŠTE

(Mjesto prebivališta, boravišta, naziv zdr. ustanove ili ord. priv. prakse, isporučitelja ortop. i drugih pomagala - potpuna adresa)
Datum: _____
Broj prijeđenih kilometara _____ km
(Upisuje zdravstvena ustanova koja je obavila sanitetski prijevoz)
od <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> do <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> tjedno _____ puta

PRIJEVOZNO SREDSTVO:	SANITETSKO VOZILO <input type="checkbox"/>	PLOVILO <input type="checkbox"/>	SANITETSKO VOZILO I PLOVILO <input type="checkbox"/>
-----------------------------	--	----------------------------------	--

BOLESNIK	LEŽI <input type="checkbox"/>	SJEDI <input type="checkbox"/>	NE SMIJE SE SAMOSTALNO KRETATI <input type="checkbox"/>
-----------------	-------------------------------	--------------------------------	---

NAPOMENA: _____

U _____, _____ 201 _____ g. _____ M.P. _____

(Potpis i faksimil doktora koji izdaje nalog)



Regionalni ured	Područna služba
MBO	
OIB	
Ime i prezime	
Datum rođenja	
Adresa osig. osobe	
Grad/naselje	Ulica i broj

ZDRAVSTVENA USTANOVA
- ORDINACIJA PRIVATNE PRAKSE



Hrvatski
zavod za
zdravstveno
osiguranje

Šifra zdravstvene ustanove-
ordinacije privatne prakse:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

Šifra doktora medicine

--	--	--	--	--	--	--	--

Šifra djelatnosti izabranog doktora

--	--	--	--	--	--	--	--

Država

Spol

Kat. osig.

IZVJEŠĆE o privremenoj nesposobnosti / spriječenosti za rad

1. ŠIFRE UZROKA PRIVREMENE NESPOSOBNOSTI / SPRIJEČENOSTI ZA RAD

Bolest	Transpl. u korist druge osigurane osobe	1) Ozljeda na radu	2) Profesionalna bolest	3) Izolacija	Posljedice sudjelovanja u Domovinskom ratu	Pratnja	Njega člana obitelji				Komplikacije u svezi trudnoće i porodaja	Rodiljni dopust	Ostale ozljede (Čl. 139., 141. Zakona)	
							Do 3. g. života djeteta	Od 3. do 7. g. života djeteta	Od 7. do 18. g. života djeteta	Od 18. g. života djeteta i njega supružnika			da*	ne*
A0	A1	B0	C0	D0	DR	E0	F1	F2	F3	F5	G0	H1	da*	ne*

1A. PODACI O KORISNIKU NJEGE I PRATNJE

Prezime i ime	
MBO	OIB
Dan, mjesec i godina rođenja	Šifra

1B. PODACI O PRIVREMENOJ NESPOSOBNOSTI ZA RAD

Datum početka privremene nesposobnosti po određenoj dijagnozi ⁴⁾	
Datum privremene nesposobnosti za rad ⁵⁾	Privremena spriječenost korištena na osnovi: ⁸⁾
prvi	posljednji
Primjena čl. 52. st.3. Zakona da* - ne* ⁶⁾	KLASA: _____
Trajanje privremene nesposobnosti / spriječenosti za tekući mjesec	URBROJ: _____
od	do
Broj sati ⁷⁾ u tjeku dana	Datum
Čl. 53. st.1 Zakona da* ¹¹⁾	Broj evidencije ⁹⁾ Prijave ozljede/bolesti
	PN TJC
	OR PB ¹⁰⁾
	Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti
Datum zaključenja privremene nesposobnosti / spriječenosti ¹²⁾	

2. OBRAČUN NAKNADE PLAĆE OSIGURANIKU

Potpis i faksimil doktora medicine		M.P.	Datum				
Privremena nesposobnost / spriječenost za rad		Broj		Osnovica za obračun		Obračun za isplatu	
Od	Do	Dana	Sati	Po satu	%	Po satu	Ukupno
Obveznik uplate doprinosa je isplatio naknadu plaće dana		M.P.		Potpis			
Navedeni podaci daju se pod materijalnom i kaznenom odgovornošću.							

3. KONTROLA OBRAČUNA U HZZO

Obračunao:	Kontrolirao:
------------	--------------

U _____, _____ g.



LEGENDA

- 1.) i 2.) - zaokružiti na osnovi ovjerene prijave o priznatoj ozljedi na radu ili profesionalne bolesti ili rješenja Zavoda
- 3) - zaokružiti samo na osnovi rješenja Zavoda
- 4) - upisuje se datum kada je utvrđena privremena nesposobnost za rad zbog određene dijagnoze bolesti za konkretnu privremenu nesposobnost, neovisno kada je doktor utvrdio kod osiguranika navedenu dijagnozu bolesti
- 5) - upisuje se datum kada je po istoj dijagnozi bolesti (ista šifra po MKB-u) u roku od 30 dana ponovno utvrđena privremena nesposobnost za rad
- 6) - **zaokružiti da*** kada je osiguraniku privremena nesposobnost za rad utvrđena neprekidno u trajanju od 18 meseci po istoj dijagnozi bolesti zbog: liječenja zloćudnih bolesti, osiguraniku kojem je odobrena njega člana obitelji - djeteta oboljelog od zloćudne bolesti, osiguraniku čija je privremena nesposobnost u vezi s provođenjem hemodijalize ili peritonejske dijalize te čija je privremena nesposobnost u vezi s uzimanjem i presađivanjem dijelova ljudskog tijela
- **zaokružiti ne*** nakon 18 meseci neprekidne privremene nesposobnosti za rad po istoj dijagnozi bolesti, ako se ne radi o nekom od prethodno navedenih slučajeva
- 7) - popunjava se kada privremena nesposobnost za rad traje samo jedan dan ili više dana ali nekoliko sati u danu (obvezno se izdaje novo izvješće kada se mijenja broj sati privremene nesposobnosti za rad)
- 8) - upisuje se kada potrebno trajanje privremene spriječenosti za rad određuje liječničko povjerenstvo Zavoda (njega djeteta do 18 godine života)
- 9) - upisuje se evidencijski broj ostalih ozljeda/bolesti
- 10) - upisuje se evidencijski broj iz ovjerene fiskalice o priznatoj ozljedi na radu ili profesionalnoj bolesti, odnosno iz rješenja Zavoda
- 11) - **zaokružiti da*** kada osiguranik nema pravo na naknadu plaće, ako:
1. je svjesno prouzročio privremenu nesposobnost,
 2. ne izvjesti izabranog doktora da je obolio u roku od tri dana od dana početka bolesti, odnosno u roku od tri dana od dana prestanka razloga koji ga je u tome onemogućio,
 3. namjerno spriječava ozdravljenje, odnosno osposobljavanje za rad,
 4. za vrijeme privremene nesposobnosti za rad radi, odnosno obavlja poslove osnovom kojih je obvezno zdravstveno osiguran, obavlja ugovorene poslove temeljem ugovora o djelu te bilo koje druge poslove (npr. poljoprivredni radovi i sl.),
 5. se bez opravdanog razloga ne odazove na poziv za liječnički pregled izabranog doktora, odnosno doktora kontrolora Zavoda ili tijela Zavoda ovlaštenog za kontrolu privremene nesposobnosti,
 6. izabrani doktor, doktor kontrolor ili tijelo Zavoda ovlašteno za kontrolu privremene nesposobnosti utvrde da se ne pridržava uputa za liječenje, odnosno bez suglasnosti izabranog doktora otpuťuje iz mjesta prebivališta, odnosno boravišta ili zlorabi privremenu nesposobnost na neki drugi način.
- 12) - upisuje se datum prestanka privremene nesposobnosti / spriječenosti za rad.

OBAVIJEST ZA POSLODAVCA

Osiguraniku kojem u istom mjesecu mogu biti izdana dva ili više izvješća o privremenoj nesposobnosti za rad **ne utvrđuje se nova osnovica** za obračun naknade plaće već se primjenjuje ista osnovica (pod uvjetom da se radi o istom uzroku privremene nesposobnosti / spriječenosti za rad) ako nije bilo niti jednog dana prekida u privremenoj nesposobnosti za rad, odnosno ako se datumi na izvješćima pod rubrikom "Trajanje privremene nesposobnosti za rad za tekući mjesec" nastavljaju bez dana prekida.

Osiguraniku koji se liječi po istoj dijagnozi bolesti (ista šifra po MKB-u), a u tijeku liječenja dođe do prestanka privremene nesposobnosti za rad, **ne utvrđuje se nova osnovica** za naknadu plaće ako mu se ponovno utvrdi privremena nesposobnost za rad u razdoblju od najduže 30 kalendarskih dana zbog iste dijagnoze bolesti, što znači da će se datumi kada je prvi puta utvrđena privremena nesposobnost za rad po određenoj dijagnozi bolesti i prvi dan ponovno utvrđene privremene nesposobnosti za rad razlikovati.

VAŽNO - Nakon 18 mjeseci neprekidne privremene nesposobnosti za rad po istoj dijagnozi bolesti, osiguranik ostvaruje pravo na naknadu plaće u iznosu 50% zadnje isplaćene naknade plaće, a navedeno razdoblje se računa od datuma upisanog pod rubrikom "Datum početka privremene nesposobnosti po istoj dijagnozi".

U slučaju kada doktor primame zdravstvene zaštite **zaokružiti da*** u rubrici "Primjena članka 52. stavka 3. Zakona," ne primjenjuje se navedeno pravilo već se osiguranicima obračunava naknada plaće kao i prije navršanih 18 mjeseci privremene nesposobnosti za rad po istoj dijagnozi.

NAZIV OBVEZNIKA UPLATE DOPRINOSA

Broj obveze:



**POTVRDA
o plaći**

1. PODACI O OSIGURANIKU

Prezime: Ime:

Dan, mjesec, godina rođenja: OIB:

MBO osigurane osobe:

Osigurani individualne kapitalizirane štednje - II stup mirovinskog osiguranja: d a* - n e*

2. PODACI O IZNOSIMA PLAĆE KOJA JE OSIGURANIKU ISPLAĆENA U POSLJEDNJIH ŠEST MJESECI PRIJE MJESECA U KOJEM JE NASTUPIO SLUČAJ NA OSNOVI KOJEG SE STJEČE PRAVO NA NAKNADU

ti, u razdoblju od do a za mjesec: ⁽¹⁾

Isplata ⁽²⁾ izvršena za mj. / god.	Plaća ⁽³⁾	Isplaćena plaća ⁽⁴⁾	B r o j s a t i					
			provedenih na radu u		Odsutnost ⁽⁵⁾ s rada s pravom na naknadu plaće po ZOR-u	Ukupno sati	Sati privremene nasposobnosti na teret HZZO	Sati prema ⁽⁶⁾ kalendaru radnog vremena
			punom radnom vremenu;	dužem od punog; radnog vremena				
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
Ukupno:								

3. Osnovicu čini prosječni iznos plaće isplaćene u posljednjih šest mjeseci,

a koja iznosi ⁽⁷⁾ kn po satu - brutto, odnosno ⁽⁸⁾ kn po satu - netto.

M.P.

U, 20

Potpis odgovorne osobe:

Napomena:

Za štetu koja bi nastala zbog davanja netočnih podataka odgovara obveznik uplate doprinosa u skladu sa Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju



POPUNJAVA SLUŽBA HRVATSKOG ZAVODA ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

4. Podatak o ukupnom iznosu drugog dohotka prema Zakonu o doprinosima koji je osiguraniku isplaćen u posljednjih šest mjeseci prije mjeseca u kojem je nastupio slučaj na osnovi kojeg se stječe pravo na naknadu tj. u razdoblju

od _____ do _____ :⁽¹⁾ Lznos od _____ (slovima: _____) kn
 utvrđen na osnovi ukupno _____ potvrd-e-a isplatelitelja primitaka, koje-u osiguranik prilaže uz ovu potvrdu.

4.1. Prosječni iznos primitaka u kunama *po satu - netto*:⁽⁹⁾ _____ kn.

4.2. Osnovicu čini prosječni iznos plaće i primitaka isplaćenih u posljednjih šest mjeseci,
 a koja iznosi:⁽¹⁰⁾ _____ kn *po satu - netto*.

4.3. Iznimno, kad se osnovica za naknadu ne može utvrditi kao prosječna plaća (toč. 4.2.), osnovicu čini posljednja isplaćena ili pripadajuća plaća,
 koja iznosi _____ kn *po satu - netto*⁽¹¹⁾, s tim da tako utvrđena osnovica ne može biti veća od najniže osnovice osiguranja
 koja iznosi _____ kn *po satu - netto*.⁽¹²⁾

NAPUTAK O NAČINU POPUNJAVANJA

Potvrda se ispunjava u dva primjerka od kojih jedan zadržava poslodavac. Uz navedeni primjerak poslodavac je obavezan čuvati izvorne podatke na osnovi kojih je izradio ovu potvrdu, kako bi se mogla obaviti provjera podataka.

- Upisuje se prvi dan prvog mjeseca i posljednji dan posljednjeg mjeseca s naznakom godine, šestomjesečnog razdoblja.
- Upisuju se mjeseci s naznakom godine za koje je, u razdoblju pod 1, isplaćena plaća (isplata plaća u tekućem za prethodni, odnosno u tekućem za tekući mjesec).
- Upisuje se iznos plaće koja je na osnovi ugovora o radu, a prema osnovama i mjerilima koji su utvrđeni općim aktom poslodavca o raspodjeli plaće obračunata radniku za rad u punom, skraćenom i produženom radnom vremenu, naknade plaće isplaćene po odredbama Zakona o radu, naknade plaće isplaćene tijekom privremene nesposobnosti za rad.
- Upisuje se iznos plaća umanjene za zakonom propisane doprinose, porez i prizrez koji se plaćaju iz plaća radnika, isplaćene prema osnovama pod 3.
- Upisuje se broj sati za koje je radnik opravdano izbio s radnog mjesta (plaćeni dopust, godišnji odmor, privremena nesposobnost za rad koja tereti sredstva poslodavca).
- Upisuje se sati prema kalendaru radnog vremena poslodavca za mjesec iz stupca 1.
- Upisuje se iznos koji se dobiva kada se zbroj ukupno obračunatih plaća podijeli s brojem sati za koje je ta plaća obračunata - stupac (2) : stupac (7).
- Upisuje se iznos koji se dobiva kada se zbroj ukupno isplaćenih plaća podijeli s brojem sati za koje je ta plaća isplaćena - stupac (3) : stupac (7).
- Upisuje se iznos koji se dobije kad se ukupno ostvareni primitak u šestomjesečnom razdoblju (točka 4.) podijeli s brojem sati tog razdoblja, uzimajući za radni tjedan 40 sati.
- Upisuje se iznos koji se dobije zbrajanjem iznosa pod (8) i (9).
- Upisuje se iznos koji se dobije kad se isplaćena plaća ili pripadajuća plaća podijeli s brojem radnih sati za koje je, ili bi bila, ostvarena (članak 54. stavak 5. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju).
- Upisuje se iznos koji se dobije kad se najniža osnovica osiguranja, umanjena za zakonom propisane doprinose, porez i prizrez, važeća za mjesec koji prethodi mjesecu nastanka osiguranog slučaja, podijeli s brojem radnih sati toga mjeseca (članak 54. stavak 5. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju).

EVIDENCIJSKI LIST O IZVRŠENIM ISPLATAMA PO ZAKONU O OBVEZKOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

Datum početka privremene nesposobnosti po određenoj dijagnozi	Datum privremene nesposobnosti za rad prvi posljednji	Broj evidencije prijave ozljede/bolesti
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	PN TJO _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
		Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti
		OR PB _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

1. Šifre uzroka privremene nesposobnosti za rad

Bolest	Transpl. u korist druge osigurane osobe	Ozljeda na radu	Profesionalna bolest	Izolacija	Posljedice sudjelovanja u ratu	Pratnja	Njega člana obitelji				Komplik. u svezi trudnoće i porodaja	Rodiljni dopust	Ostale ozljede (Cl. 139., 141. Zakona)	
							Do 3. god. života djeteta	Od 3. do 7. godina života djeteta	Od 7. do 18. godina života djeteta	Od 18. god. života djeteta i njega supružnika			G0	H1
A0	A1	B0	C0	D0	DR	E0	F1	F2	F3	F5	G0	H1	da*	ne*

Satni iznos osnovice za određivanje naknade plaće iznosi _____ kn.

Datum isplate	Isplata izvršena za vrijeme				% od osnovice	Satni iznos naknade	Iznos kn	Kontrolirao (potpis)
	od	do	Broj dana	Broj sati				
Ukupno:								

Potpis odgovorne osobe



Regionalni ured

Područna služba

**POTVRDA
o osnovicama osiguranja**

1. PODACI O OSIGURANIKU - obvezniku uplate doprinosa

Prezime: Ime:

OIB: [.....]

Broj obveze: [.....] MBO osigurane osobe: [.....]

Osiguranik individualne kapitalizirane štednje - II stup mirovinskog osiguranja: *d a** - *n e**

2. PODACI O OSNOVICAMA OSIGURANJA NA OSNOVI KOJIH JE OSIGURANIK BIO OSIGURAN U POSLJEDNJIH ŠEST MJESECI PRIJE MJESECA U KOJEM JE NASTUPIO SLUČAJ NA OSNOVI KOJEG SE STJEČE PRAVO NA NAKNADU

tj. u razdoblju od [.....] do [.....] ,odnosno u mjesecima: (1)

Osnovica (2) za mj. / god.	Iznos (3) osnovice osiguranja	Ukupno obračunat porez, prirez i doprinos	Datum uplate doprinosa	Iznos (4) osnovice osiguranja -netto-	Dani privremene nesposobnosti za rad na teret HZZO	Radni dani (5) u kalendarskom mjesecu
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
[.....]	[.....]	[.....]	[.....]	[.....]	[.....]	[.....]
[.....]	[.....]	[.....]	[.....]	[.....]	[.....]	[.....]
[.....]	[.....]	[.....]	[.....]	[.....]	[.....]	[.....]
[.....]	[.....]	[.....]	[.....]	[.....]	[.....]	[.....]
[.....]	[.....]	[.....]	[.....]	[.....]	[.....]	[.....]
[.....]	[.....]	[.....]	[.....]	[.....]	[.....]	[.....]
Ukupno:		[.....]	[.....]	[.....]	[.....]	[.....]

Osnovicu čini prosječni iznos osnovica osiguranja na osnovi kojih je u posljednjih šest mjeseci osiguranik bio obavezan obračunati i platiti doprinos za obvezno zdravstveno osiguranje, umanjениh za zakonom propisane poreze, prireze i doprinose,

a koja iznosi (6) kn po danu, odnosno najniža osnovica osiguranja (čl. 75. Pravilnika),

a koja iznosi (7) kn mjesečno - brutto, odnosno kn po danu- netto. (8)

3. Podatak o ukupnom iznosu drugog dohotka prema Zakonu o doprinosima koji je osiguraniku isplaćen u posljednjih šest mjeseci prije mjeseca u kojem je nastupio slučaj na osnovi kojeg se stječe pravo na naknadu,

tj. u razdoblju od do (1)

Iznos od (slovima) kn

utvrđen na osnovi ukupno potvrđ-e-a isplatiitelja primitaka, koje-u osiguranik prilaže uz ovu potvrdu.

3.1. Prosječni dnevni iznos primitaka u kunama: (9)

3.2. Osnovicu čini prosječni iznos osnovica osiguranja i primitaka isplaćenih u posljednjih šest mjeseci,

a koja iznosi kn po danu netto. (10)

U 20....g. M.P.
Potpis odgovorne osobe

NAPUTAK O NAČINU ISPUNJAVANJA

Potvrdu ispunjava u dva primjerka ovlaštena osoba u službi za obračun naknade plaće tijekom privremene nesposobnosti za rad HZZO-a, od kojih jedan primerek dostavlja osiguraniku.

- Upisuje se prvi dan prvog mjeseca i posljednji dan posljednjeg mjeseca, s naznakom godine, šestomjesečnog razdoblja.
- Upisuju se mjeseci, s naznakom godine, za koje je u razdoblju pod (1) utvrđena osnovica osiguranja osiguranika.
- Upisuje se osnovica osiguranja na koju je osiguranik osiguran.
- Upisuje se osnovica osiguranja umanjena za zakonom propisane doprinose, porez i prirez (stupac 2 - stupac 3).
- Upisuju se svi dani u mjesecu, osim nedjelja.
- Upisuje se iznos koji se dobiva kada se zbroj osnovica osiguranja podijeli s ukupnim brojem radnih dana (stupac 5 : stupac 7).
- Upisuje se najniža osnovica osiguranja koja služi za obračun doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje, važeća za mjesec koji prethodi mjesecu u kojem je nastupio osigurani slučaj.
- Upisuje se iznos koji se dobije kad se osnovica pod (7), umanjena za zakonom propisane doprinose, porez i prirez, podijeli s brojem radnih dana mjeseca na koji se odnosi.
- Upisuje se iznos koji se dobije kad se ukupno ostvareni drugi dohodak u šestomjesečnom razdoblju (toč. 3) podijeli s brojem dana tog razdoblja, uzimajući za tjedan šest radnih dana.
- Upisuje se iznos koji se dobije zbrajanjem iznosa pod (6) i iznosa pod (9).



EVIDENCIJSKI LIST O IZVRŠENIM ISPLATAMA PO ZAKONU O OBVEZKOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

Datum početka privremene nesposobnosti po određenoj dijagnozi _____	Datum privremene nesposobnosti za rad prvi _____ posljednji _____	Broj evidencije prijave ozljede/bolesti PN TJO _____ / _____
		Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti OR/PB _____

1. Šifre uzroka privremene nesposobnosti za rad

Bolest	Transp. u korist druge osobe	Ozljeda na radu	Profesionalna bolest	Izolacija	Posljedice sudjelovanja u Domovinskom ratu	Pratnja	Njega člana obitelji				Komplik. u svezi trudnoće i porođaja	Rodiljni dopust	Ostale ozljede (Cl. 139., 141. Zakona)	
							Do 3. god. života djeteta	Od 3. do 7. godina života djeteta	Od 7. do 18. godina života djeteta	Od 18. god. života djeteta i njega supružnika			da*	ne*
A0	A1	B0	C0	D0	DR	E0	F1	F2	F3	F5	G0	H1		

Dnevni iznos osnovice za određivanje naknade plaće iznosi _____ kn.

Datum isplate	Isplata izvršena za vrijeme			% od osnovice	Dnevni iznos naknade	Iznos kn	Kontrolirao (potpis)
	od	do	Broj dana				
Ukupno:							

 Potpis odgovorne osobe

Regionalni ured	Područna služba
MBO	
OIB	
Ime i prezime	
Datum rođenja	
Adresa osig. osobe	
Grad/naselje	Ulica i broj



Naziv zdravstvene ustanove
- ordinacije privatne prakse

OBAVIJEST o trajanju privremene nesposobnosti / spriječenosti za rad

Predviđeno trajanje privremene nesposobnosti / spriječenosti za rad

od do

U _____, _____ 20 ____ g.

M.P.

Potpis I faksimil doktora medicine

HZZO - Direkcija, Zagreb
ObavTrBol V4, 16/01/2015



HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

RU/PS _____

Broj evidencije _____

OBRAČUN TROŠKOVA PRIJEVOZA

Za osiguranu osobu

Prijevoz sa _____ iz _____
u _____ i povratak, IZNOS _____ kn

Za pratitelja

Prijevoz sa _____ iz _____
u _____ i povratak, IZNOS _____ kn

Za isplatu IZNOS _____ kn

(slovima _____)

U _____, _____ g.

Obračunao _____

Kontrolirao _____

ZAHTEJEV ZA ISPLATU NAKNADE

Molim da mi se naknada za troškove prijevoza isplati na: tekući račun kućnu adresu

Ime i prezime vlasnika tekućeg računa _____

MB osigurane osobe - vlasnika tekućeg računa _____


Broj tekućeg računa _____ otvorenog kod _____

Potpis osigurane osobe _____

Zahjev prilažem:

1. putnu kartu (za odobreno skuplje prijevozno sredstvo)
2. dokaz o uplaćenim doprinosima za obvezno zdravstveno osiguranje (potvrda porezne uprave o stanju duga - za osiguranika obveznika uplate doprinosa)

Regionalni ured	Područna služba
MBO	
OIB	
Ime i prezime	
Datum rođenja	
Adresa osig. osobe	Ulica i broj
Grad/naselje	



Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse
Šifra ugovornog doktora
Šifra doktora specijaliste

Kat. osig.	Spol	Drž. osig.	Broj evidencije prijave ozljede/bolesti
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	PN/TJO <input type="text"/>
Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska kartica zdravstvenog osiguranja			OR/PB <input type="text"/>
Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti			

**PUTNI NALOG
ZA KORIŠTENJE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE**

Upućuje se u _____ naziv zdravstvene ustanove, ordinacije privatne prakse ili isporučitelja pomagala i mjesto*

Konzilijarna zdravstvena zaštita	A <input type="text"/>	Šifra djelatnosti	<input type="text"/>	Bolničko liječenje	B <input type="text"/>	Šifra djelatnosti	<input type="text"/>
Specijalistička zdravstvena zaštita	C <input type="text"/>	Šifra djelatnosti	<input type="text"/>	Ambulantno liječenje	D <input type="text"/>	Šifra djelatnosti	<input type="text"/>
Šifra dg. prema MKB <input type="text"/>							

Vrsta prijevoznog sredstva** _____

Pratitelj*** potreban zbog _____

U _____, _____ g. _____ Potpis doktora koji izdaje nalog

*obavezan podatak M.P. _____
**navesti vrstu skupljeg prijevoznog sredstva odobrenog od liječničkog povjerenstva RU/PS Zavoda
***upisati JE ili NIJE

Putni nalog o potrebi putovanja u svrhu ostvarivanja zdravstvene zaštite vrijedi za više putovanja (odlazak i povratak).



**OVJERA KORIŠTENJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE
U DRUGOM MJESTU**

Potvrđuje se da je osigurana osoba dana _____ g. bila u _____

(naziv zdravstvene ustanove, ordinacije priv.prakse, isporučitelja pomagala i mjesto)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Šifra zdrav.ustan., ordinacije priv.prakse
ili isporučitelja pomagala

M.P.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Šifra doktora medicine

Broj dnevnika _____

Potpis doktora medicine/ugovornog isporučitelja

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

RU/PS _____

Broj evidencije _____

OBRAČUN TROŠKOVA PRIJEVOZA

Za osiguranu osobu

Prijevoz sa _____ iz _____

u _____ i povratak, IZNOS _____ kn

Za pratitelja

Prijevoz sa _____ iz _____

u _____ i povratak, IZNOS _____ kn

Za isplatu IZNOS _____ kn

(slovima _____)

U _____, _____ g.

Obračunao _____ Kontrolirao _____

ZAHTEJEV ZA ISPLATU NAKNADEMolim da mi se naknada za troškove prijevoza isplati na: tekući račun kućnu adresu

Ime i prezime vlasnika tekućeg računa _____

MB osigurane osobe - vlasnika tekućeg računa _____

Broj tekućeg računa _____ otvorenog kod _____

Zahtjevu prilažem:

Potpis osigurane osobe

- putnu kartu (za odobreno skuplje prijevozno sredstvo)
- dokaz o uplaćenim doprinosima za obvezno zdravstveno osiguranje (potvrda porezne uprave o stanju duga - za osiguranika obveznika uplate doprinosa)

Regionalni ured Područna služba

MBO _____

OIB _____

Ime i prezime _____

Datum rođenja _____

Adresa osig. osobe

Grad/naselje

Ulica i broj



Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse

Šifra ugovornog doktora

Šifra doktora specijaliste

Kat. osig.	Spol	Drž. osig.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Broj boles. lista INO, broj putovnice,
europska kartica zdravstvenog osiguranja

PNTJO	Broj evidencije prijave ozljede/bolesti
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OR PB

Evidencijski broj priznate
ozljede na radu / profesionalne bolesti**PUTNI NALOG
ZA KORIŠTENJE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE**Upućuje se u _____
naziv zdravstvene ustanove, ordinacije privatne prakse ili isporučitelja pomagala i mjesto*Konzilijarna zdravstvena zaštita A Šifra djelatnosti Bolničko liječenje B Šifra djelatnosti Specijalistička zdravstvena zaštita C Šifra djelatnosti Ambulantno liječenje D Šifra djelatnosti Šifra dg. prema MKB

Vrsta prijevoznog sredstva** _____

Pratitelj*** potreban zbog _____

U _____, _____ g. _____

Potpis doktora koji izdaje nalog

*obavezan podatak

M.P.

**navesti vrstu skupljeg prijevoznog sredstva odobrenog
od liječničkog povjerenstva RU/PS Zavoda

Potpis ovlaštenog radnika Zavoda

***upisati JE ili NIJE

Putni nalog o potrebi putovanja u svrhu ostvarivanja zdravstvene
zaštite vrijedi samo za jedno putovanje (odlazak i povratak).