|  |
| --- |
|  |

(oznaka HZZO-a)

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Područna ustrojstvena jedinica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ZAHTJEV ZA POVRAT TROŠKOVA**

|  |  |
| --- | --- |
| Podaci podnositelja zahtjeva |  |
| Ime i prezime |  |
| Adresa stanovanja |  |
| Telefon/mobitel |  |
| OIB |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Molim priznavanje prava na povrat troškova: | Označiti (✓) |
| Obavljene zdravstvene usluge |  |
| Kupljenog ortopedskog pomagala |  |
| Kupljenog lijeka |  |

|  |
| --- |
| Podaci o obavljeno zdravstvenoj usluzi / kupljenom ortopedskom pomagalu / kupljenom lijeku |
| 1. Navedite o kojoj zdravstvenoj usluzi / ortopedskom pomagalu / lijeku se radi. |
|  |
| 1. Navedite razlog zbog kojeg ste vlastitim sredstvima platili predmetnu zdravstvenu uslugu / ortopedsko pomagalo / lijek. |
|  |
|  |
|  |
| 1. Navedite gdje i kada Vam je pružena zdravstvena usluga / kupljeno ortopedsko pomagalo / kupljen lijek. |
|  |
|  |
| 1. Navedite koja ugovorna zdravstvena ustanova odnosno ugovorni privatni zdravstveni radnik Vam je preporučio obaviti zdravstvenu uslugu / nabaviti ortopedsko pomagalo / lijek. |
|  |

Molim da mi se povrat troškova isplati na tekući račun:

|  |  |
| --- | --- |
| Ime banke | IBAN |
|  |  |

Uz zahtjev prilažem:

1. Medicinsku dokumentaciju – preslika
2. Račun za zdravstvenu uslugu / ortopedsko pomagalo / lijek *koji glasi na ime osigurane osobe* – original
3. Podaci o izvršenim narudžbama u zdravstvenim ustanovama – ako postoje (za povrat troškova zdravstvene usluge)

U slučaju nemogućnosti prilaganja nekog od navedenih dokumenata molimo napisati kratko obrazloženje.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(mjesto) (datum)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(potpis podnositelja zahtjeva)

**Napomena:** *Ovaj obrazac nije službena tiskanica Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje te služi isključivo kao pomoć osiguranoj osobi prilikom podnošenja zahtjeva u upravnom postupku.*

*Svoj zahtjev za pokretanje postupka stranka može neposredno podnijeti javnopravnom tijelu u pisanom obliku ili usmeno na zapisnik, a može takav zahtjev poslati poštom ili dostaviti elektroničkim putem.*