

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

RU/PS _____

Broj evidencije _____

OBRAČUN TROŠKOVA PRIJEVOZA

Za osiguranu osobu

Prijevoz sa _____ iz _____

u _____ i povratak, IZNOS _____ EUR

Za pratitelja

Prijevoz sa _____ iz _____

u _____ i povratak, IZNOS _____ EUR

Za isplatu IZNOS _____ EUR

(slovima _____)

U _____, _____ g.

Obračunao _____

Kontrolirao _____

ZAHTJEV 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 _____

Potpis osigurane osobe _____

Zahtjevu prilažem:

- 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 _____

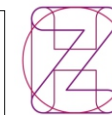
Ime i prezime _____

Datum rođenja _____

Adresa osig. osobe

Grad/naselje

Ulica i broj

**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

PNTJO

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

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

M.P.

*obvezan podatak

**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 za više putovanja (odlazak i povratak).

