

**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 \_\_\_\_\_

**ZAHTJEV 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 \_\_\_\_\_

Zahtjevu 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 \_\_\_\_\_

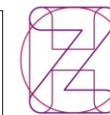
Ime i prezime \_\_\_\_\_

Datum rođenja \_\_\_\_\_

Adresa osig. osobe

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).

