

ZAHTJEV ZA REFUNDACIJU BOLOVANJA

| |
|--|
| Naziv radne organizacije i mjesto |
| |

| | |
|-------------------------|------|
| Broj žiro-računa | |
|-------------------------|------|

SPISAK

Isplaćenih naknada plaća za vrijeme privremene spriječenosti za rad ne teret Zavoda zdravstvenog osiguranja ZE-DO kantona.

POSLOVNICA _____

| Redni broj | Prezime, očevo ime i ime osiguranika | Prvi dan nesposobnosti za rad | Naknada isplaćena od-do | Ukupno isplaćeno |
|------------|--------------------------------------|-------------------------------|-------------------------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| | |
|-----------------------------|------|
| Zaključeno sa rednim brojem | |
|-----------------------------|------|

Obračun izvršio:

Potpis odgovornog lica :
