

.....
(nazwisko i imię)

.....
(adres)

**Wniosek
o wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny**

Proszę o wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego następujących członków rodziny:

1. z dniem.....
(imię i nazwisko) (data utraty uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego)

stopień pokrewieństwa..... PESEL

NIP lub nr dowodu osobist.

- pozostaje*/nie pozostaje* na moim wyłącznym utrzymaniu,
- posiada*/nie posiada* orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu
- pozostaje*/nie pozostaje* we wspólnym gospodarstwie domowym.

Adres zamieszkania:.....

.....

2. z dniem.....
(imię i nazwisko) (data utraty uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego)

stopień pokrewieństwa..... PESEL

NIP lub nr dowodu osobist.

- pozostaje*/nie pozostaje* na moim wyłącznym utrzymaniu,
- posiada*/nie posiada* orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu
- pozostaje*/nie pozostaje* we wspólnym gospodarstwie domowym.

Adres zamieszkania:.....

.....

O zmianie okoliczności mających wpływ na uprawnienie do ubezpieczenia zdrowotnego poinformuję Płatnika (SP ZOZ w Hrubieszowie) niezwłocznie nie później niż w terminie 7 dni od ich zaistnienia.

* niepotrzebne skreślić

Hrubieszów, dn.

.....
(podpis)