

Ime/tvrtka poslodavca

Adresa

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
Regionalni ured/Područna služba

Telefon

e – mail adresa

OIB poslodavca

Broj žiro – računa

Banka

**Zahtjev za povratom isplaćene naknade plaće radniku tijekom privremene
nesposobnosti/spriječenosti za rad**

Molim isplatu iznosa isplaćene naknade plaće _____ kuna za radnika(e)
_____, za razdoblje privremene nesposobnosti/spriječenosti za
rad od _____ do _____.

Zahtjevu prilažem:

- izvješće/izvješća o privremenoj nesposobnosti/spriječenosti za rad za mjesec(e)
_____ III obrazac o isplaćenim naknadama plaće,
- potvrda o plaći/potvrda o osnovicama osiguranja,
- dokaz o isplaćenju naknadi (Izvadak iz poslovne banke III Isplatinica),
- dokaz o uredno podmirenim doprinosima za obvezno zdravstveno osiguranje od Porezne
uprave – potvrda Porezne uprave s analitičkim karticama (samo za poslodavce – fizičke
osobe kada se radi o naknadi plaće tijekom njihove nesposobnosti za rad).

U _____, dana _____

Ime i prezime/OIB odgovorne osobe