

ÉRTESÍTÉS A TÁPPÉNZJOGOSULTSÁG IDŐTARTAMÁRÓL

Tisztelt
..... (keresőképtelenséget igazoló orvos)

Biztosított neve: TAJ-száma:

Lakcíme:

Foglalkoztató neve és címe:

Foglalkozása (munkaköre):

A keresőképtelen állományt igazoló kezelőorvos (bélyegző adatai szerint):

A keresőképtelenség kezdete: év hó nap

Keresőképtelenséget jelölő kódszám:

A biztosított táppénzre jogosultsága:

a biztosítási jogviszony fennállása alatt év hó napjáig, a biztosítási

jogviszony megszűnését követően év hó napjáig áll fenn.

A táppénzre jogosultság lejártát követően a keresőképtelenség fennállását továbbra is igazolni kell.

A táppénz, baleseti táppénz folyósításának 240. napját követő 15 napon belül a táppénzt folyósító szerv köteles a keresőképtelenséget igazoló orvost értesíteni a biztosított táppénz-, baleseti táppénz jogosultsága megszűnésének időpontjáról.

Kelt.....,év.....hó.....nap