

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: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 jogosultsága megszűnésének időpontjáról.

Kelt.....,év.....hó.....nap

.....