

REGISZTRÁCIÓS LAP

az egészségbiztosítás pénzbeli ellátásai (táppénz, gyermekápolási táppénz, csecsemőgondozási díj, örökbecfogaóói díj, gyermekgondozási díj) és baleseti táppénz iránti kérelem elektronikus ügyintézés keretében történő benyújtásához

CÉGKAPU HASZNÁLATÁRA KÖTELEZETT GAZDÁLKODÓ SZERVEZETEK RÉSZÉRE¹

(Beküldendő a székhely szerint illetékes, egészségbiztosítási pénztári feladatkörében eljáró megyei kormányhivatalhoz, Budapest és Pest megye esetében a Budapest Főváros Kormányhivatalához.)

Egészségbiztosítási szerv tölti ki!	
Ügyszám, beérkezés dátuma:	□□□□. év □□. hó □□. nap
Ügyintéző neve, rögzítés dátuma:	□□□□. év □□. hó □□. nap

Korábban közölt adatok módosítását kívánja bejelenteni?	Igen <input type="checkbox"/>	Nem <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------	------------------------------

I. Foglalkoztató adatai

Név:			
Adószám:	□□□□□□□□-□-□□		
Székhely:			
irányítószám: □□□□	település:		
közterület neve:		közterület jellege:	
házszám/hrsz.:		épület/lépcsőház/emelet/ajtó:	
Telefonszám:			
Kapcsolattartási e-mail cím: ²			

II. Meghatalmazott adatai³

A. Ügyfélkapu használatára kötelezett természetes személy/gazdálkodó meghatalmazása esetén

A meghatalmazás kezdő időpontja:	□□□□. év □□. hó □□. nap		
A meghatalmazás vége:	<input type="checkbox"/> Visszavonásig <input type="checkbox"/> Dátum: □□□□. év □□. hó □□. nap		
A meghatalmazott személy neve:			
A meghatalmazott táj száma:	□□□□-□□□□-□□□□		
Lakóhely/Székhely:			
irányítószám: □□□□	település:		
közterület neve:		közterület jellege:	
házszám/hrsz.:		épület/lépcsőház/emelet/ajtó:	
Telefonszám:			
Kapcsolattartási e-mail cím: ⁴			

¹ A Regisztrációs lapot kizárólag abban az esetben kell kitölteni, ha a foglalkoztató az egészségbiztosítás pénzbeli ellátásai, illetve a baleseti táppénz iránti kérelmeket meghatalmazott útján kívánja az egészségbiztosítóhoz benyújtani. Ha a Cégkapu használatára kötelezett foglalkoztató saját Cégkapuja használatával maga nyújtja be a kérelmeket, az egészségbiztosítónál regisztrálnia nem kell.

² Az e-mail cím megadása nem kötelező.

³ Az A. és B. pont közül csak az egyiket kell kitölteni, annak megfelelően, hogy a meghatalmazott Cégkapu használatára kötelezett-e vagy sem.

⁴ Az e-mail cím megadása nem kötelező.

B. Cégek használatára kötelezett gazdálkodó szervezet meghatalmazása esetén

A meghatalmazás kezdő időpontja:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . év <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . hó <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . nap		
A meghatalmazás vége:	<input type="checkbox"/> Visszavonásig <input type="checkbox"/> Dátum: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . év <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . hó <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . nap		
A meghatalmazott szervezet neve:			
Adószáma:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Székhely:			
irányítószám: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	település:		
közterület neve:		közterület jellege:	
hászám/hrsz.:		épület/lépcsőház/emelet/ajtó:	
Telefonszám:			
Kapcsolattartási e-mail cím: ⁵			

A Regisztrációs lap kitöltésével az I. pont szerinti meghatalmazó kijelenti, hogy az illetékes, egészségbiztosítási pénztári feladatkörében eljáró kormányhivatalnál elektronikus ügyintézés keretében a II. pont szerinti meghatalmazott teljes körűen eljárhat.

A II. A. pont szerinti, Ügyfélkaput használó természetes személy meghatalmazása esetén a meghatalmazott kijelenti, hogy az I. pont szerinti meghatalmazó foglalkoztatottjai egészségbiztosítás pénzügyi ellátásai, illetve baleseti táppénz iránti kérelmeinek az egészségbiztosító részére elektronikus úton történő benyújtása céljából a személyes adatai kezeléséhez hozzájárul.

Keltezés helye, dátuma:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . év <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . hó <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . nap
--------------------------------	---

Foglalkoztató cégszerű aláírása	Meghatalmazott aláírása (gazdálkodó szervezet esetén cégszerű aláírás)

⁵ Az e-mail cím megadása nem kötelező.