

## REGISZTRÁCIÓS LAP

az egészségbiztosítás pénzbeli ellátásai (táppénz, gyermek ápolása címén igényelt táppénz, csecsemőgondozási díj, gyermekgondozási díj) és baleseti táppénz iránti kérelem elektronikus ügyintézés keretében történő benyújtásához

### EGYÉNI VÁLLALKOZÓK, ÖSTERMELŐK RÉSZÉRE

(Beküldendő a székhely szerint illetékes kormányhivatal megyeszékhely szerinti járási hivatalához, Budapest és Pest megye esetében a XIII. Kerületi Hivatalhoz.)

| 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. Egyéni vállalkozó/östermelő adatai

|   |               |                               |  |
|---|---------------|-------------------------------|--|
| Név:                                      |               |                               |  |
| Adószám:                                  | □□□□□□□□-□-□□ |                               |  |
| Székhely:                                 |               |                               |  |
| irányítószám: □□□□                        | település:    |                               |  |
| közterület neve:                          |               | közterület jellege:           |  |
| házsám/hrsz.:                             |               | épület/lépcsőház/emelet/ajtó: |  |
| Telefonszám:                              |               |                               |  |
| Kapcsolattartási e-mail cím: <sup>1</sup> |               |                               |  |

#### II. Az elektronikus nyomtatványt benyújtó személy/szerv<sup>2</sup>

A kérelmeket elektronikus úton saját magam kívánom benyújtani.<sup>3</sup>

Az egyéni vállalkozó/östermelő tajszáma: □□□-□□□-□□□

A kérelmeket elektronikus úton meghatalmazott útján kívánom benyújtani.<sup>4</sup>

#### III. Meghatalmazott adatai<sup>5</sup>

A. Ügyfélkapu használatára kötelezett természetes személy/gazdálkodó meghatalmazása esetén

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| A meghatalmazás kezdő időpontja: | □□□□. év □□. hó □□. nap   |
| A meghatalmazás vége:            | <input type="checkbox"/> Visszavonásig<br><input type="checkbox"/> Dátum: □□□□. év □□. hó □□. nap |
| A meghatalmazott személy neve:   |   |
| A meghatalmazott tajszáma:       | □□□-□□□-□□□   |
| Lakóhely/Székhely:               |   |
| irányítószám: □□□□               | település:  |

<sup>1</sup> Az e-mail cím megadása kötelező.

<sup>2</sup> A megfelelő jelölőnégyzetbe „X”-et kell tenni. Amennyiben az egyéni vállalkozó/östermelő a saját Ügyfélkapuján keresztül kívánja az egészségbiztosítás pénzbeli ellátásai, illetve a baleseti táppénz iránti kérelmeket benyújtani, a III. pontot nem kell kitölteni.

<sup>3</sup> Ezen lehetőség választása esetén a tajsám megadása kötelező.

<sup>4</sup> Ezen lehetőség választása esetén a III. pont kitöltése kötelező.

<sup>5</sup> Az A. és B. pont közül csak az egyiket kell kitölteni, annak megfelelően, hogy a meghatalmazott Cégkapu vagy Ügyfélkapu használatára kötelezett-e.

|   |  |                               |
|---|--|-------------------------------|
| közterület neve:                          |  | közterület jellege:           |
| házsám/hrsz.:                             |  | épület/lépcsőház/emelet/ajtó: |
| Telefonszám:                              |  |                               |
| Kapcsolattartási e-mail cím: <sup>6</sup> |  |                               |

### B. Cégek használatára kötelezett gazdálkodó szervezet meghatalmazása esetén

|   |  |                               |
|---|--|-------------------------------|
| <b>A meghatalmazás kezdő időpontja:</b>   | <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  |                               |
| <b>A meghatalmazás vége:</b>  | <input type="checkbox"/> Visszavonásig<br><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  |                               |
| <b>A meghatalmazott szervezet neve:</b>   |  |                               |
| <b>Adószáma:</b>  | <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"/> <input type="checkbox"/> |                               |
| <b>Székhely:</b>  |  |                               |
| irányítószám: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | település:   |                               |
| közterület neve:  |  | közterület jellege:           |
| házsám/hrsz.:   |  | épület/lépcsőház/emelet/ajtó: |
| Telefonszám:  |  |                               |
| Kapcsolattartási e-mail cím: <sup>7</sup>   |  |                               |

Meghatalmazás útján történő eljárás esetén az I. pont szerinti meghatalmazó kijelenti, hogy az illetékes kormányhivatal megyeszékhely szerinti járási (fővárosi kerületi) hivatala egészségbiztosítási feladatkörében eljáró fő/osztályánál elektronikus ügyintézés keretében a III. pont szerinti meghatalmazott teljes körűen eljárhat.

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

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| <b>Keltezés helye, dátuma:</b> | <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 |
|--------------------------------|---|

|   |   |
|---|---|
|   |   |
| <b>Egyéni vállalkozó/őstermelő aláírása</b> | <b>Meghatalmazott aláírása (gazdálkodó szervezet esetén cégszerű aláírás)</b> |

<sup>6</sup> Az e-mail cím megadása nem kötelező.

<sup>7</sup> Az e-mail cím megadása nem kötelező.