

Подносилац захтјева: _____

ЛИБ: _____

Број жиро-рачуна: _____

Организациони код: _____

Адреса и сједиште: _____

Број телефона: _____

Контакт особа: _____

Мејл адреса : _____

**Фонду здравственог осигурања
Републике Српске, Бања Лука**

Филијала _____
Пословница _____

**Предмет: Захтјев за поврат исплаћене накнаде нето плате за вријеме привремене
неспособности за рад, доставља се**

Обраћамо се Фонду здравственог осигурања Републике Српске, Филијали _____,
Пословница _____, са захтјевом за поврат исплаћене накнаде нето плате за вријеме
привремене неспособности за рад, за наше раднике, за период од _____ до
_____, у укупном износу од _____ КМ (словима :
_____ конвертибилних марака и ___/100).

Уз захтјев прилажемо:

1. Образац Реф - 02 (Списак радника - осигураника за које се тражи поврат исплаћене накнаде нето плате за вријеме привремене неспособности за рад са износима захтјева);
2. Образац Реф - 03 (Обрачун за поврат исплаћене накнаде нето плате за вријеме привремене неспособности за рад);
3. Извјештаје о трајању привремене неспособности за рад;
4. Налазе, оцјену и мишљења првостепене или другостепене комисије за оцјену привремене неспособности за рад;
5. Платна листе;
6. Образце ДЛ 5 - Исплате по основу боловања и
7. Остало: _____.

Одговорно лице

(мјесто и датум)

М.П.