

ÉRTESÍTÉS A TÁPPÉNZJOGOSULTSÁG IDŐTARTAMÁRÓL

Tisztelt
..... (keresőképtelenséget igazoló orvos)

Biztosított neve: TAJ:

Lakcíme:

Foglalkoztató neve és címe:

Foglalkozása (munkaköre):

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

Kelt.....,év.....hó.....nap