



ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

Образец ОП (Н1)

Образец за продолжување на исплата на надоместок на плата поради болест/повреда/нега

Од осигуреникот _____ од населено место _____
Ул. _____ бр. _____ телефон _____.

Број на здравствена легитимација				-																				
ЕМБГ на осигуреникот (или) Единствен здравствен број на осигуреникот																								
Вработен во																								
Број на трансакциска сметка																								

Врз основа на поднесеното барање до Фондот заведено под УП бр. _____ од
_____.20____ год. и донесеното решение УП бр. _____ од _____.20____ год. ја
поднесувам потребната документација за продолжување на исплатата на надоместок на
плата во случај на привремена спреченост на работа.

Кон образецот ја приложувам следната документација *(се заокружува)*:

1. Извештај за привремена спреченост за работа- образец - ИСР од избран лекар;
2. Наод оценка и мислење од лекарската комисија¹⁾;
3. Изјава заверена на нотар за трансакциските сметки на правното лице и копија од изводи за промет и сотојба на трансакциските сметки *(само за правно лице со еден вработен)*;

¹⁾ за осигурениците надвор од Скопје ФЗОМ по службена должност го обезбедува документот.

Место и датум на поднесување:

Подносител на барањето: