

Datum stjecanja statusa osiguranika	<input type="text"/>	Datum prestanka statusa osiguranika	<input type="text"/>								
Oznaka osnove osiguranja	<input type="text"/>	Oznaka kriterija obveze	<input type="text"/>								
* Stručna sprema nakon završenog školovanja	<input type="checkbox"/> NKV	<input type="checkbox"/> NSS	<input type="checkbox"/> PKV	<input type="checkbox"/> KV	<input type="checkbox"/> SSS	<input type="checkbox"/> VKV	<input type="checkbox"/> VŠS	<input type="checkbox"/> VSS	<input type="checkbox"/> mr.	<input type="checkbox"/> dr. spec.	<input type="checkbox"/> dr. sci.
* Stručna sprema na koju se osigurana osoba prijavljuje u obvezno zdr. osiguranje	<input type="checkbox"/> NKV	<input type="checkbox"/> NSS	<input type="checkbox"/> PKV	<input type="checkbox"/> KV	<input type="checkbox"/> SSS	<input type="checkbox"/> VKV	<input type="checkbox"/> VŠS	<input type="checkbox"/> VSS	<input type="checkbox"/> mr.	<input type="checkbox"/> dr. spec.	<input type="checkbox"/> dr. sci.
Naziv radnog mjesta	<input type="text"/>										
* Radno vrijeme	Puno radno vrijeme	<input type="checkbox"/>	sati tjedno	<input type="text"/>	Nepuno radno vrijeme	<input type="checkbox"/>	sati	<input type="text"/>	minute	<input type="text"/>	<input type="text"/>

5. RAZDOBLJE KORIŠTENJA OSIGURANJA

Datum stjecanja statusa u obveznom zdravstvenom osiguranju	<input type="text"/>	Datum prestanka statusa u obveznom zdravstvenom osiguranju	<input type="text"/>
--	----------------------	--	----------------------

6. RAZDOBLJE KORIŠTENJA PRAVA

Datum stjecanja prava u obveznom zdravstvenom osiguranju	<input type="text"/>	Datum prestanka prava u obveznom zdravstvenom osiguranju	<input type="text"/>
--	----------------------	--	----------------------

Datum podnošenja prijave

(Ime i prezime podnosioca - ovlaštene osobe)

U _____ 20____ g. M. P. _____

(Potpis / elektronički potpis podnosioca - ovlaštene osobe)

Datum zaprimanja	<input type="text"/>	Datum evidentiranja	<input type="text"/>
Klasa:	<input type="text"/>	Interni broj	<input type="text"/>
Urbroj:	<input type="text"/>	M. P.	<input type="text"/>
Potpis ovlaštenog radnika Zavoda		Potpis / elektronički potpis ovlaštenog radnika Zavoda	

- Tiskanica-1 koristi se za **PRIJAVU - ODJAVU - PROMJENU** (u daljnjem tekstu: prijava) osiguranika u obveznom zdravstvenom osiguranju. Potrebno je znakom X označiti odgovarajući kvadrat.
- Obveznik podnošenja prijave obvezan je podatke u Tiskanici-1. upisati čitljivo tintom ili kemijskom olovkom plave ili crne boje, odnosno računalnim ispisom.
- Zatamnjene rubrike ispunjava Zavod.
- Podatke pod 1. i 4. upisuje pravna osoba, a podatke pod 1., 2. i 4. fizička osoba.
- Kod upisa podataka pod 4., koji se odnose na adresu, obvezno se upisuje prebivalište, a boravište samo ako osoba uz prebivalište ima prijavljeno i boravište. Za stranca s odobrenim stalnim boravkom upisuju se podaci u rubriku »SB - stalni boravak«, a za strance s odobrenim privremenim boravkom u rubriku »PB - privremeni boravak«.
- U rubrici »Stručna sprema nakon završenog školovanja« označuje se stručna sprema koju je osoba stekla nakon završenog školovanja.
- Pri podnošenju prijave, podnositelj je obavezan uz podatke u prijavi upisati i datum prijave.
- Tiskanica-1 ovjerava se u 3 primjerka:
 - primjerak zadržava Zavod
 - primjerak vraća se podnositelju.
 - primjerak uručuje se osiguraniku koji na osnovi njega ostvaruje prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja do dobivanja iskaznice zdravstveno osigurane osobe.