

(mjesto za prijemni žig HZZO-a)

**POSLODAVAC  
PRAVNA ILI FIZIČKA OSOBA  
OBVEZNIK UPLATE DOPRINOSA**

1. NAZIV \_\_\_\_\_

2. ADRESA \_\_\_\_\_

3. BROJ OBVEZE \_\_\_\_\_

4. MB/MBG \_\_\_\_\_

5. BROJ TELEFONA/MOB. \_\_\_\_\_

5. ŽIRO RAČUN \_\_\_\_\_

6. BANKA \_\_\_\_\_

**HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO  
OSIGURANJE  
PODRUČNI URED ZAGREB  
Odsjek za zdr.osiguranje-2  
Jukićeva 12**

**PREDMET: Zahtjev za povrat isplaćenih naknada plaća za vrijeme  
bolovanja radnika za mjesec/e \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ g.**

U skladu s člankom 33. stavkom 3. i 4. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju traži se povrat isplaćenih naknada plaća za vrijeme bolovanja radnika koja terete sredstva Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje.

U prilogu zahtjeva dostavljamo \_\_\_\_\_ komada izvješća o bolovanju, osnovom kojih je na ime naknada plaće za vrijeme bolovanja radnika isplaćeno ukupno \_\_\_\_\_ kuna.

U \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Potpis ovlaštene osobe

**U privitku:**

1. potvrda o plaći
2. izvješće o bolovanju
3. dokumentacija (dokaz) o izvršenim isplatama naknada plaće za radnike (izvadak iz poslovne banke ili isplatica)