**Az igénylőlapot számítógéppel vagy nyomtatott nagybetűkkel kell kitölteni!** Az olvashatóan kitöltött nyomtatványt, az igénylők lakóhelye, ennek hiányában tartózkodási helye szerint illetékes vármegyei **kormányhivatal megyeszékhely szerinti járási hivatala egészségbiztosítási fő/osztályához** kell benyújtani; Budapesten és Pest megyében lakóhellyel, ennek hiányában tartózkodási hellyel rendelkező igénylők esetében a **XIII. Kerületi Hivatalhoz** (Teve u. 1/a-c).

**IGÉNYLŐLAP**

**a babaváró támogatásról szóló 44/2019. (III. 12.) Korm. rendelet kedvezményeinek igényléséhez szükséges biztosítási jogviszonyt igazoló Hatósági Bizonyítvány kiállításához**

**A hatósági bizonyítványt kérő adatai**

|  |  |
| --- | --- |
| **Vezetékneve:** |  |
| **Utónevei:** |  |  |
| **Leánykori (születési) neve:** |  |  |
| **Anyja leánykori neve:** |  |  |
| **TAJ-száma:** |  |
| **Születési helye:** |  |
| **Születési ideje:** |  |  |  |  | **év** |  |  | **hónap** |  |  | **nap** |
| **Lakóhelye:** | **irányítószám** |  |  |  |  | **település** |  |
| **utca** |  | **házszám** |  | **emelet, ajtó** |  |
| **Levelezési címe:** | **irányítószám** |  |  |  |  | **település** |  |
| **utca** |  | **házszám** |  | **emelet, ajtó** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dátum:** |  |  |  |  |  | **év** |  |  | **hó** |  |  | **nap** |
| Aláírása:  |

**Hivatal tölti ki!**

Az igénylőlap kiállítása a bemutatott lakcímkártya és

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ számú személyazonosító igazolvány

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ számú útlevél

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ számú egyéb személyazonosság igazolására alkalmas arcképes igazolvány alapján történt.

**Az adatok valódiságát ellenőriztem**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Iktatószám, dátum:** |  |  |  |  |  | **év** |  |  | **hó** |  |  | **nap** |
| Ügyintéző aláírása |

 PH.

**A …………………………. járási hivatal egészségbiztosítási pénztári feladatkörében eljáró főosztálya által kiállított Hatósági Bizonyítvány egy eredeti példányát átvettem.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dátum:** |  |  |  |  |  | **év** |  |  | **hó** |  |  | **nap** |
| **A hatósági bizonyítványt kérő aláírása:** |

**Hivatal tölti ki!**

**A ………………………….járási hivatal egészségbiztosítási pénztári feladatkörében eljáró főosztálya által kiállított Hatósági Bizonyítvány egy eredeti példánya postázásra került.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dátum:** |  |  |  |  |  | **év** |  |  | **hó** |  |  | **nap** |
| Ügyintéző aláírása |

 PH.

Térítésmentes nyomtatvány