

Az olvashatóan kitöltött nyomtatványt, a **magyarországi lakóhely** (illetve lakcímkártyán szereplő érvényes tartózkodási hely) szerint illetékes **kormányhivatal egészségbiztosítási fő/osztályához** kell benyújtani, Budapest és Pest megye esetében a XIII. Kerületi Hivatalhoz (Teve u. 1/a-c).

## Bejelentő lap TAJ számmal rendelkező személy részére, aki EGT tagállamban, Svájcban, vagy egyezményes államban biztosított

A bejelentésre kötelezett TAJ száma	[ ] [ ] [ ] [ ]	-	[ ] [ ] [ ] [ ]	-	[ ] [ ] [ ] [ ]
Viselt (házassági) családi név:	[Dr.] [ ] [ ] [ ] [ ]				
utónév/utónevek 1.	[ ] [ ] [ ] [ ]	2.	[ ] [ ] [ ] [ ]		
Születési családi név	[ ] [ ] [ ] [ ]				
utónév/utónevek 1.	[ ] [ ] [ ] [ ]	2.	[ ] [ ] [ ] [ ]		
Anyja születési családi neve	[ ] [ ] [ ] [ ]				
utónév/utónevek 1.	[ ] [ ] [ ] [ ]	2.	[ ] [ ] [ ] [ ]		
Születési ország	[ ] [ ] [ ] [ ]	Helye, város	[ ] [ ] [ ] [ ]		
Születési ideje	[ ] [ ] [ ] [ ]	év	[ ] [ ]	hó	[ ] [ ]
		nap	[ ] [ ] [ ]	Neme	[ ] [ ]
Állampolgársága	[ ] [ ] [ ] [ ]				
Magyarországi lakóhelye					
irányítószám	[ ] [ ] [ ] [ ]	település neve	[ ] [ ] [ ] [ ]		
közterület neve	[ ] [ ] [ ] [ ]	jellege	[ ] [ ] [ ] [ ]	házsza	[ ] [ ] [ ] [ ]
				em., ajtó	[ ] [ ] [ ] [ ]
Magyarországi levelezési címe					
irányítószám	[ ] [ ] [ ] [ ]	település neve	[ ] [ ] [ ] [ ]		
közterület neve	[ ] [ ] [ ] [ ]	jellege	[ ] [ ] [ ] [ ]	házsza	[ ] [ ] [ ] [ ]
				em., ajtó	[ ] [ ] [ ] [ ]
Biztosítás helye szerinti ország**	[ ] [ ] [ ] [ ]				
Külföldi biztosító megnevezése**	[ ] [ ] [ ] [ ]				
Külföldi biztosítási száma*	[ ] [ ] [ ] [ ]				
Külföldi biztosítás jogcíme (munkaviszony/önálló vállalkozói viszony/egyéb)					
Külföldi biztosítás kezdete**					
		év	[ ] [ ]	hó	[ ] [ ]
		nap	[ ] [ ] [ ]		
Külföldi biztosítás vége***					
		év	[ ] [ ]	hó	[ ] [ ]
		nap	[ ] [ ] [ ]		
Kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek.					
Település	[ ] [ ] [ ] [ ]	dátum:	[ ] [ ] [ ] [ ]	év	[ ] [ ]
				hó	[ ] [ ]
				nap	[ ] [ ] [ ]
Aláírás:					

**Hivatal tölti ki!**

Érkeztetési szám	[ ] [ ] [ ] [ ]	dátum	[ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ]
Ügyintéző aláírása:						

Iktatószám	[ ] [ ] [ ] [ ]	dátum	[ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ]
Ügyintéző aláírása:						

\*Nem kötelezően kitöltendő!

\*\* **Kötelezően kitöltendő!** A kezdet bejelentésekor a biztosítási vége adatot nem kell előre megadni.

\*\*\* A biztosítás megszűnésének bejelentésekor – annak tényleges időpontját – kötelező feltüntetni, melyhez a külföldi biztosító/nemzetközi szervezet által kiadott, a szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról és annak végrehajtásáról szóló uniós rendeletek szerinti formanyomtatványt (pl.: E104/S041), vagy egyéb igazolást **köteles csatolni** a biztosítási időszakról.