

Mińsk Mazowiecki,

.....
(Imię i nazwisko)

.....
(Nr PESEL)

.....
(Numer telefonu)

Starosta Miński za pośrednictwem
Powiatowego Urzędu Pracy
w Mińsku Mazowieckim

WNIOSEK O WYKREŚLENIE Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO CZŁONKA RODZINY

Proszę o wykreślenie z ubezpieczenia zdrowotnego z dniem następujących członków rodziny:

Lp.	Imię i nazwisko	Nr PESEL	Stopień pokrewieństwa

.....
czytelny podpis wnioskującego

.....
data, podpis i pieczęć pracownika PUP

DODATKOWE INFORMACJE:

Zgodnie z art. 76a ust. 2 ustawy z dnia z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 146 z późn.zm.) osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, która zgłosiła do Funduszu członków rodziny, jest obowiązana poinformować podmiot właściwy do dokonania wyrejestrowania o okolicznościach powodujących konieczność ich wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego, w terminie 7 dni od dnia zaistnienia tych okoliczności.

Okoliczności, które powodują konieczność wyrejestrowania członka rodziny z ubezpieczenia zdrowotnego to: uzyskanie tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego (np. zawarcie umowy o pracę lub umowy zlecenia, rozpoczęcie pozarolniczej działalności, zarejestrowanie się w urzędzie pracy jako bezrobotny), ukończenie 18 roku życia przez dziecko osoby ubezpieczonej, które nie kontynuuje nauki, zostało skreślone z listy uczniów albo skreślone z listy studentów lub listy doktorantów, a nie ma orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub innego traktowanego na równi bądź wystąpi inna okoliczność powodująca wygaśnięcie ubezpieczenia zdrowotnego przez członka rodziny.