

Az olvashatóan kitöltött nyomtatványt, a **magyarországi lakóhely** (illetve lakcímkártyán szereplő érvényes tartózkodási hely) szerint illetékes **kormányhivatal megyeszékhelyen működő járási hivatala 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		házzszám		em., ajtó			
Magyarországi levelezési címe									
irányítószám		település neve							
közterület neve		jellege		házzszám		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.