

Az olvashatóan kitöltött nyomtatványt, a **magyarországi székhely** szerint illetékes **megyei kormányhivatal egészségbiztosítási fő/osztályához** kell benyújtani, illetve Budapest és Pest megye esetében **Budapest Főváros Kormányhivatalához**.

## MEGRENDELŐ

### Társadalombiztosítási Azonosító Jelet igazoló Hatósági Igazolványhoz

Megrendeljük

- külföldi munkavállalónk\*, vagy  
 vállalkozásunk személyesen közreműködő, kiegészítő tevékenységet folytatóknak nem minősülő társas vállalkozó tagja\*

részére a **Társadalombiztosítási Azonosító Jelet igazoló Hatósági Igazolványt** és egyben igazoljuk, hogy a külföldi munkavállalónk; vállalkozásunk tagja után a járulékokat biztosítási jogviszonya kezdetétől megfizetjük.

A munkavállaló; a társaság tagja az Európai Gazdasági Térségben, Svájcban, egyezményes államban már rendelkezik egészségbiztosítással\*:

A munkavállaló, ingázó EU-s m munkavállaló\*:

A munkavállaló, egyszerűsített foglalkoztatottként vállal munkát!\*

|                          |      |                          |     |
|--------------------------|------|--------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> | igen | <input type="checkbox"/> | nem |
| <input type="checkbox"/> | igen | <input type="checkbox"/> | nem |
| <input type="checkbox"/> | igen | <input type="checkbox"/> | nem |

\*Kérjük, hogy a felsoroltak közül a megfelelőt szíveskedjen X-el jelölni!

### Foglalkoztató adatai:

|          |              |  |  |           |  |              |  |
|----------|--------------|--|--|-----------|--|--------------|--|
| Név:     |              |  |  |           |  |              |  |
| Cím:     | irányítószám |  |  | település |  |              |  |
| utca     |              |  |  | házsám    |  | emelet, ajtó |  |
| Adószám: |              |  |  |           |  |              |  |

### Munkavállaló; a társaság tagjának adatai:

|  |  |  |                                |  |              |                             |    |  |     |  |
|--|--|--|--------------------------------|--|--------------|-----------------------------|----|--|-----|--|
| A TAJ-t igénylő vezetékneve  |  |  |                                |  |              |                             |    |  |     |  |
| A TAJ-t igénylő utónevei   |  |  |                                |  |              |                             |    |  |     |  |
| Leánykori vezeték és utóneve   |  |  |                                |  |              |                             |    |  |     |  |
| Anyja születési vezeték- és utóneve  |  |  |                                |  |              |                             |    |  |     |  |
| Születési helye  |  |  |                                |  |              |                             |    |  |     |  |
| Születési ideje  |  |  |                                |  |              |                             |    |  |     |  |
|  |  |  | év                             |  |              |                             | hó |  | nap |  |
| Állampolgársága  |  |  |                                |  |              |                             |    |  |     |  |
| Neme*  |  |  |                                |  |              |                             |    |  |     |  |
|  |  |  | <input type="checkbox"/> férfi |  |              | <input type="checkbox"/> nő |    |  |     |  |
| Lakóhelye**:   |  |  |                                |  |              |                             |    |  |     |  |
| irányítószám   |  |  | település                      |  |              |                             |    |  |     |  |
| utca   |  |  | házsám                         |  | emelet, ajtó |                             |    |  |     |  |
| Tartózkodási helye**:  |  |  |                                |  |              |                             |    |  |     |  |
| irányítószám   |  |  | település                      |  |              |                             |    |  |     |  |
| utca   |  |  | házsám                         |  | emelet, ajtó |                             |    |  |     |  |
| Biztosítási jogviszony kezdete<br>(belépés dátum a jelenlegi foglalkoztatóhoz) |  |  |                                |  |              |                             |    |  |     |  |
|  |  |  | év                             |  |              |                             | hó |  | nap |  |

Kelt, .....,

év hó nap

P.H

foglalkoztató

- A megrendelő kiállítására kizárólag a foglalkoztató jogosult.
- Szükséges a foglalkoztatott személy munkaszerződése, munkavállalási engedélyének (ha jogszabály másként nem rendelkezik), vagy a munkavállalási engedély alóli mentességre vonatkozó kormányhivatal által kiállított igazolás, személyes okmányainak (útlevél, vízum, munkavállalási/keresőtevékenységre vonatkozó tartózkodási engedély), tartózkodási helyet igazoló okmányok (szálláshelybejelentő-lap, laccím-kártya) fénymásolatainak a csatolása.
- Amennyiben nem a munkáltatói jogkör gyakorlója jár el személyesen, úgy foglalkoztatói meghatalmazás.

\*Kérjük, hogy a felsoroltak közül a megfelelőt szíveskedjen X-el jelölni!

\*\* Az ingázó EU-s munkavállaló esetén nem kötelezően kitöltendő mező!